

**920** **REDACTIONEEL**  
**J. DEENIK, J.M. VERMEULEN, R.J.T. MOCKING, E. VAN ASSCHE, W. CAHN**  
 Leefstijl als medicijn in de psychiatrie

**923** **WETENSCHAPSNIEUWS**  
 Psychiatrie en leefstijl

**LEEFSTIJLTHEMA'S**

**927** **OVERZICHTSARTIKELEN**  
**A. OENEMA, D. DE RUIJTER, C. VINGERHOETS, I.S.M. VAN DER WURFF, D.J. BOS, M. NICOLAOU, M. BOT, E.J. GILTAY, R.J.T. MOCKING**  
 Voeding bij psychische aandoeningen gedurende de levensloop; een overzicht van de evidentie

**936** **D. VANCAMPFORT, T. SCHEEWE, T. VAN DAMME, J. DEENIK**  
 Effect van bewegen op psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen; systematische review van recente meta-analyses

**946** **OPINIE**  
**J.M. VERMEULEN, W. VAN DEN BRINK**  
 Roken in de psychiatrie; van doodnormaal naar 'stop ermee'

**949** **ESSAY**  
**M. LANCEL, M.M. VAN VEEN, I.H.M.J.C. VERBEEK**  
 Slaap: de basis voor een gezonde leefstijl

**955** **OVERZICHTSARTIKEL**  
**H.J.R. HOENDERS, A.W. BRAAM**  
 De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk, maar nog onduidelijk

**960** **ERVARINGSVERHALEN**  
**S. GRENIER, E. VAN ASSCHE**  
 Pre- en postcorona: korte periode met grote impact op mijn leven

**962** **J. DEENIK**  
 Bewegen en depressie: 'Hardlopen heeft me echt geholpen'

**964** **J.M. VERMEULEN**  
 Rookvrij: 'Toen bleek dat je een stuk moest lopen en wel kon roken, dacht ik 'Yes!'

**966** **C.M.J. VAN ALPHEN**  
 Bewegen en schizofrenie

**PERSPECTIEVEN**

**968** **ESSAY**  
**M.J.T. OUD**  
 Rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische aandoeningen

**974** **COMMENTAAR**  
**W.M.N.J. BUIS**  
 De rol van de psychiater bij het metabool syndroom blijft onderbelicht

**876** **ESSAY**  
**K. HENS**  
 'Je zou wat meer moeten sporten'; de ethiek van leefstijl en geestelijke gezondheid

**IMPLICATIES**

**981** **OVERZICHTSARTIKEL**  
**J. DEENIK, A. LOOIJMANS, F.R. KRUISDIJK, F. JÖRG**  
 De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz

**990** **BEST PRACTICE**  
**F. BOEN**  
 Gedragsverandering: pas ook (en misschien zelfs eerst) de omgeving aan

**992** **OVERZICHTSARTIKEL**  
**L.E.M. KOOMEN, Y. ROKE, W. CAHN**  
 Evidence-based e-healthtoepassingen op het gebied van leefstijl in de psychiatrie

**998** **INTERVIEW**  
**M. HEIMENSEN, R.J.T. MOCKING**  
 De politiek-beleidsmatige visie op leefstijl van staatssecretaris Blokhuis: 'Practice what you preach'

**1001** **BEST PRACTICE**  
**SOETERS**  
 Mens sana in corpore sano: voeding als hoofdzaak

Uitgave van de Stichting Tijdschrift voor Psychiatrie waarin participeren de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

#### Bestuur van de Stichting

prof. dr. S. Claes, voorzitter  
dr. M. Van Den Bossche, vicevoorzitter  
dr. N.C.C. Vulink, penningmeester  
dr. M. de Leeuw, secretaris

#### Hoofredactie

dr. H.L. Van, voorzitter  
prof. dr. G. Dom, plv. voorzitter en redacteur boeken  
dr. S.J. Roza, secretaris  
prof. dr. T.A.M.J. van Amelsvoort  
dr. M. Destoop

#### Redactieraad

dr. E. Van Assche  
prof. dr. C. Baeken  
dr. T.K. Birkenhäger  
J.N. de Boer  
dr. B. Bus  
dr. R.J. Duvivier

prof. dr. A. van Elburg  
dr. J. De Fruyt  
prof. dr. K.R. Goethals  
dr. R.M.C. Klaassen  
dr. M.B. de Koning  
prof. dr. G. Lemmens  
prof. dr. G. Meynen  
T. Pattyn  
dr. D. Rhebergen  
dr. L.M. Tak  
prof. dr. N.J.A. van der Wee  
dr. A. Wunderink  
dr. J.R. Zinkstok

#### Eindredactie

Kabos-Van der Vliet Redactie bureau

#### Adviseurs van de redactie

prof. dr. W. van den Brink  
prof. dr. R. Bruffaerts  
dr. M. Drukker  
dr. ir. M. Moerbeek  
dr. J. Peen

#### Wetenschapsredacteur

R. Herderschee

Helen Roeten

*Keep your soul alive*

gemengde technieken op papier  
60 x 80 cm  
www.beeldendgesproken.nl

#### Redactieadres

Redactie bureau *Tijdschrift voor Psychiatrie*  
Postbus 20062, 3502 LB Utrecht  
Telefoon (030) 2823780,  
e-mail: info@tijdschriftvoorpsychiatrie.nl

#### Uitgever

De Tijdstroom uitgeverij  
drs. L.H. Doedens  
Vondellaan 150, 3521 GH Utrecht  
Postbus 775, 3500 AT Utrecht  
Telefoon (030) 2364450  
e-mail: info@tijdstroom.nl  
Internet: www.tijdstroom.nl

Abonnees en andere lezers, auteurs en adverteerders wordt verzocht in geval van opmerkingen, suggesties, klachten en kanttekeningen contact op te nemen met de uitgever.

#### ABONNEMENTEN

##### Administratie

De Tijdstroom abonnementen-administratie  
Blauw-roodlaan 200-210,  
2718 SK Zoetermeer  
Telefoon (079) 3431624

Het *Tijdschrift voor Psychiatrie* verschijnt twaalfmaal per jaar. Voor leden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie inbegrepen in het lidmaatschap.

##### Tarieven

Losse nummers: € 17,- (incl. btw)  
Particulier abonnement: € 157,50 (incl. btw); studentenabonnement (max. gedurende 4 achtereenvolgende jaren): € 56,50 (incl. btw)

#### Nieuwe abonnementen

Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan, maar alleen worden opgezegd vóór 1 december van de lopende jaargang. Betalingen bij voorkeur via de toegezonden factuur.

#### RICHTLIJNEN INZENDEN KOPIJ

Richtlijnen voor het inzenden van kopij zijn te verkrijgen via [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl).

#### AANSPRAKELIJKHEID

Redactie en uitgever zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van de onder auteursnaam opgenomen artikelen of van de advertenties. Niets uit dit tijdschrift mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, microfilm of op welke wijze ook, zonder schriftelijke toestemming van de redactie.

#### ADVERTENTIES

De Tijdstroom uitgeverij  
Annemieke Kreuning-Schaefer  
Telefoon (030) 2364450  
e-mail: info@tijdstroom.nl

#### Sluitingsdata

Sluiting advertenties drie weken voor verschijnen of na telefonisch overleg (030-2364450).

#### Ontwerp

Ontwerpgroep Lâle, Amersfoort

#### Lay-out

Alces alces, Houten

#### Druk en afwerking

Bariet Ten Brink, Meppel  
Gedrukt op pH-neutraal papier  
ISSN 0303 7339

---

# THEMANUMMER

## LEEFSTIJL

# Leefstijl als medicijn in de psychiatrie

J. DEENIK, J.M. VERMEULEN, R.J.T. MOCKING, E. VAN ASSCHE, W. CAHN



In de geestelijke gezondheidszorg is een ongezonde leefstijl oververtegenwoordigd. We kunnen nog een wereld winnen wanneer we inzetten op een gezondere leefstijl, in zowel geestelijke als lichamelijke gezondheid. In dit themanummer laten we zien hoe dat kan bij mensen met een psychiatrische aandoening.

## Leefstijl steeds belangrijker

De term 'leefstijl' leeft, ook in de zorg. Dat zien we bijvoorbeeld aan de versteviging van *leefstijlgeneskunde* binnen de zorg. In Nederland medeondertekenden ggz-instellingen het preventieakkoord waarin een gezondere leefstijl centraal staat. Hieruit komt onder andere de Rookvrije Zorg voort, een initiatief dat rookvrije ggz-instellingen in 2025 nastreeft. Daarnaast is leefstijl een centraal thema in veel actuele discussies over de gezondheidszorg; denk aan de rol van roken en obesitas bij de kwetsbaarheid voor het coronavirus.

De toegenomen wetenschappelijke kennis over de invloed van leefstijlfactoren op onze gezondheid is een belangrijke drijfveer in deze ontwikkelingen. Ook over de rol en waarde van leefstijl(interventies) in de psychiatrie weten we steeds meer. Dit is tot nog toe vooral beschreven in internationale wetenschappelijke literatuur. Met dit themanummer hebben wij dan ook tot doel om u een Nederlandstalig overzicht te bieden van de stand van zaken, waarmee u morgen aan de slag kunt. Want juist mensen met een psychiatrische aandoening kunnen er heel veel baat bij hebben als we aandacht en interventies voor leefstijl beter integreren binnen hun behandeling.

## Lichamelijke gezondheid

Leefstijl in de zorg verwijst doorgaans naar leefstijlgedrag zoals bewegen, voeding, slaap en roken. In de *leefstijlgeneskunde* en de grotere maatschappelijke aandacht voor dit onderwerp wordt dit nog overwegend verbonden aan lichamelijke gezondheidsproblemen. Ook bij de intrede van de term 'leefstijl' in de psychiatrie is dit de primaire focus geweest, die nog onverminderd relevant is. Zo benadrukken Firth e.a. (2019) in een recent groot overzichtsartikel over lichamelijke gezondheid dat mensen met een psychiatrische aandoening, ongeacht de diagnoseclassificatie, nog steeds een 1,4 tot 2,0 maal hogere kans op obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten hebben vergeleken met mensen zonder psychiatrische aandoening. In Europa is ook de laatste jaren nog nauwelijks verandering te zien in het tot 15 jaar eerder overlijden van mensen met een psychiatrische aandoening (Hjorthoj e.a. 2017; Oakley e.a. 2018; Laursen e.a. 2019; Plana-Ripoll e.a. 2019). Bovendien lijkt het grote aandeel dat leefstijlgerelateerde lichamelijke aandoeningen hierin hebben alleen maar toe te nemen (Plana-Ripoll e.a. 2020).

Deze voorbeelden laten zien dat de huidige ontwikkelingen in preventie en leefstijlgeneskunde extra inspanningen vragen van eenieder die betrokken is bij de behandeling en begeleiding van mensen met een psychiatrische aandoening om hun lichamelijke gezondheid te verbeteren. Dit werd ook recent

benadrukt in het advies voor meer integrale zorg door de Gezondheidsraad (2020). In dit themanummer belichten we de rol en attitude van de psychiater in het terugdringen van leefstijlgerelateerde ziekten.

## Leefstijlpsychiatrie

Het grootste potentieel van het thema leefstijl in psychiatrie is echter dat het ook sterk verbonden is met psychische gezondheid en functioneren. De relatie tussen bijvoorbeeld bewegen en depressie is al decennia bekend (bijv. Bosscher 1991). Naast beweging zijn we de laatste jaren echter ook steeds meer te weten gekomen over effecten van voeding, roken en slaap op het ontstaan, persisteren en al dan niet verbeteren van klachten bij verschillende psychiatrische aandoeningen (Firth e.a. 2020). Het feit dat een ongezonde leefstijl vaker dan gemiddeld voorkomt bij mensen met een psychiatrische aandoening laat zien dat we hierin nog veel kunnen bereiken.

Door leefstijlgedrag onderdeel te maken van de behandeling, kan daadwerkelijk verbetering bereikt worden in psychische gezondheid, psychosociaal en cognitief functioneren en mogelijk verminderd medicatiegebruik. Deze benadering wordt tegenwoordig ook wel *leefstijlpsychiatrie* genoemd (Noordsy 2019). Dit is een waardevol perspectief, aangezien er na een sterke ontwikkeling van gedragstherapieën en farmacologische behandeling nog steeds veel mensen zijn die niet volledig herstellen. Bovendien is er nog weinig winst geboekt in de preventie van psychische gezondheidsproblemen. Er zijn nieuwe invalshoeken nodig om de gezondheidsuitkomsten van mensen met (een hoog risico op) psychiatrische aandoeningen te verbeteren (Firth e.a. 2020).

Met dit themanummer richten we ons vooral op deze leefstijlpsychiatrie. We presenteren de stand van zaken over de meest onderzochte leefstijlfactoren: beweging, voeding, roken en slaap. De auteurs beschrijven hoe psychiatrische aandoeningen samenhangen met leefstijlgerelateerd gezondheidsgedrag, welke interventies effectief zijn en wat we daaruit kunnen leren voor de alledaagse praktijk. Zij werpen hierbij ook een blik op noodzakelijk verder onderzoek bij specifieke thema's en doelgroepen, bijvoorbeeld kinderen en jongvolwassenen en over voeding. Desondanks zijn de argumenten voor de werkzaamheid al dermate krachtig dat behandelaars deze *evidence-based* interventies met vertrouwen kunnen toepassen in hun huidige klinische praktijk.

## Van onderzoek naar alledaagse praktijk

Het bespreken van deze wetenschappelijke kennis lukt ons over het algemeen echter beter dan het doorvoeren ervan. Veel kennis en adviezen kunnen een open deur lijken, maar de dagelijkse praktijk blijkt vaak weerbarstig. Het integreren van leefstijlfactoren en het toepassen van leefstijlinterventies kost meer inspanning dan het voorschrijven van een medicijn en vereist een cultuur- en gedragsverandering. Deze verandering is niet alleen een uitdaging voor een individuele patiënt, maar misschien nog wel meer voor ons als professionals in de psychiatrie. Daarom is een veel sterkere inbedding van de kennis en vaardigheden rondom leefstijlbevordering in alle beroepsopleidingen in de ggz noodzakelijk.

De ondersteuning die zowel binnen als buiten de ggz geboden wordt, is namelijk essentieel voor mensen met een psychiatrische aandoening om tot een gezondere leefstijl te komen of om deze te behouden. In het publieke debat refereren zowel voor- als tegenstanders van een leefstijlgericht beleid vaak aan de vrijheid in keuze en mogelijkheden om (on)gezond te leven (bijv. de Witt 2019; Maassen 2020). Deze keuzevrijheid en mogelijkheden worden bij mensen

## AUTEURS

**JEROEN DEENIK**, postdoc onderzoeker, gezondheidspsycholoog en epidemioloog, GGz Centraal en School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht.

**JENTIEN M. VERMEULEN**, postdoc en arts in opleiding tot psychiater, Amsterdam UMC, locatie AMC.

**ROEL J.T. MOCKING**, arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie AMC.

**EVELIEN VAN ASSCHE**, arts in opleiding tot psychiater, UPC, KU Leuven.

**WIEPKE CAHN**, hoogleeraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, UMC Utrecht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Jeroen Deenik, GGz Centraal, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.  
E-mail: j.deenik@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2020

## TITLE IN ENGLISH

Lifestyle as medicine in psychiatry

## LITERATUUR

- Bosscher RJ. Runningtherapie bij depressie. Amsterdam: Vrije Universiteit; 1991.
- Brust M, Gebhardt WA, Numand ME, Kieft-de Jong JC. 'Teachable moments': Het juiste moment voor leefstijlverandering. Ned Tijdschr Geneeskd 2020; 164: D4835.
- de Witt S. Statistische Trends: Solidariteit in de gezondheidszorg; opvattingen over zorgpremie en leefstijl. Den Haag: CBS; 2019.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry 2019; 6: 675-712.

met een psychiatrische aandoening echter aanzienlijk negatief beïnvloed en beperkt.

Factoren die samenhangen met deze aandoening of hun behandeling, zoals gebrek aan initiatief, somberheid, bijwerkingen van medicatie, minder financiële middelen en stress liggen deels ten grondslag aan een ongezondere leefstijl en belemmeren zelfstandige verandering. In lijn hiermee profiteren zij ook minder van voorlichtingscampagnes, publiek beleid en interventieaanbod (bijv. stoppen met roken). Bijgevolg dragen alle behandelaars in de ggz een verantwoordelijkheid om mensen te ondersteunen om deze barrières te overbruggen.

Als het gaat om het bespreekbaar maken van het onderwerp kan het helpen om zogenoemde *teachable moments* te herkennen of te creëren (Brust e.a. 2020). Bij dit model uit de somatische geneeskunde gaat men uit van een gebeurtenis die leidt tot verhoogde risicoperceptie, emotionele reactie en/of herziening van het zelfbeeld bij de patiënt, zoals het horen van een diagnose of het starten met of afscheid nemen van een baan. Dergelijke momenten vormen een dankbare aanleiding om leefstijlveranderingen te introduceren.

Zorg voor leefstijl is per definitie zorg op maat van het individu en diens prioriteiten. In dit themanummer besteden we daarom expliciet aandacht aan ervaringsverhalen, motivering, ethische vraagstukken, best-practices en belangrijke implementatiefactoren. Denk hierbij aan gecombineerde inzet op meerdere leefstijlfactoren en multidisciplinair werken met gekwalificeerde professionals zoals diëtisten en beweegexperts, ook buiten de ggz. Aan bod komen de samenwerking met huisartsen, zingeving en hoe e-health en mobiele apps kunnen helpen om in de behandeling samen met een patiënt zicht te krijgen op leefstijlfactoren. Tot slot vergt dit beleidsmatige en ook politieke inzet. Wij hebben daarom vragen van de auteurs van dit themanummer in interviewvorm voorgelegd aan de verantwoordelijke Nederlandse staatssecretaris, Paul Blokhuis.

## Aan de slag

De wetenschappelijke evidentie is juist bij een thema als leefstijl een belangrijk uitgangspunt. Leefstijl is immers bij uitstek onderhevig aan een toename van ontwikkelingen, maatschappelijke discussies en verschillende belangen en meningen. Met dit themanummer als Nederlandstalige bundeling van actuele kennis, hopen wij wetenschappelijk gefundeerde praktische handreikingen en inspiratie voor de dagelijkse praktijk te leveren. Wij dagen u uit om deze kennis met elkaar te delen en te bespreken, om die te gebruiken in de samenwerking, om die kennis in te bedden in de zorgprocessen en om leefstijlpsychiatrie vooral ook gewoon te dóén. Want de tijd is rijp om een gezondere leefstijl te integreren in de behandeling om een substantiële verbetering te bereiken in de gezondheid van mensen met een psychiatrische aandoening.

- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental illness. *World Psychiatry* 2020; 19: 360-80.
- Gezondheidsraad. Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2020.
- Hjorthoj C, Sturup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 295-301.
- Laursen TM, Plana-Ripoll O, Andersen PK, McGrath JJ, Toender A, Nordentoft M, e.a. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? *Schizophr Res* 2019; 206: 284-90.
- Maassen H. 'Ik drink, ik rook en doe niet aan fitness.' Marian Donner hekelt de huidige nadruk op het fitte lichaam. *Medisch Contact* 2020. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/ik-drink-ik-rook-en-doe-niet-aan-fitness.htm>
- Noordsy DL. *Lifestyle psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
- Oakley P, Kisely S, Baxter A, Harris M, Desoe J, Dziouba A, e.a. Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018; 102: 245-53.
- Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, e.a. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019; 394: 1827-35.
- Plana-Ripoll O, Weyer N, Momen NC, Christensen MK, Iburg KM, Laursen TM, e.a. Changes over time in the differential mortality gap in individuals with mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2020.

## Psychiatrie en leefstijl

### Auteurs omvangrijke review doen dringende oproep aan beleidsmakers

Het is momenteel hoofdzakelijk aan beleidsmakers en publieke gezondheidsinstanties om leefstijlverbetering te bevorderen voor psychische gezondheid, stelden Firth en collega's recent in *World Psychiatry*. Dat kan door maatregelen te nemen rondom aan leefstijl gerelateerde omgevings- en gedragsfactoren waarvan bekend is dat ze verband houden met het ontstaan en beloop van psychiatrische aandoeningen.

In een systematische meta-review beoogden de auteurs om het sterkste wetenschappelijke bewijs over de invloed van leefstijlfactoren op het voorkomen en behandelen van psychiatrische stoornissen te bundelen. Zij betrokken hierin de uitkomsten van 29 meta-analyses van prospectieve en cohortstudies, 12 mendeliaanse randomisatiestudies, 2 meta-reviews en 2 meta-analyses van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's). Hun conclusies zijn in lijn met, en komen ook terug in, de inhoud van dit themanummer. Voor eenieder die verdere verdieping zoekt in het onderwerp is dit omvangrijke overzicht de *must-read* van dit jaar, aldus Jeroen Deenik, voorzitter van de gastredactie van dit themanummer.

#### LITERATUUR

- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020; 19: 360-80.

### Studenten in coronatijdperk: minder beweging, meer psychische klachten

Gedurende de eerste vijf weken van de Engelse *lockdown* rapporteerden studenten meer mentale klachten, en besteedden zij minder tijd aan lichaamsbeweging. Maar vooralsnog lijken die twee variabelen niet aan elkaar gerelateerd. Dat schrijven Savage en collega's in *Mental Health and Physical Activity*.

Hoewel al verondersteld werd dat de maatregelen die genomen zijn in het kader van de COVID-19-pandemie een negatief effect kunnen hebben op het mentaal welbevinden van studenten, waren er vooralsnog weinig data waar dit daadwerkelijk uit bleek. Om hier iets over te kunnen zeggen, analyseerden Savage en collega's data over de gezondheid van studenten die zij sinds vorig jaar al verzamelden. Hierin vergeleken zij de gezondheidsinformatie van vorig jaar met de gegevens die verzameld werden gedurende de eerste vijf weken van de Engelse lockdown.

In oktober 2019, pre-COVID-19-maatregelen, werden alle studenten (n = 9472) op de campus van een Engelse universiteit gelegen in East Midlands gemaild met de vraag of zij een lijst met vragen over hun gezondheid wilden invullen.

1477 studenten vulden vier keer een enquête in: op 14 oktober 2019, 28 januari, 20 maart en 27 april 2020. 946 studenten gaven aan bereid te zijn in de toekomst vaker zo'n enquête in te vullen.

In deze studie zijn de gegevens geanalyseerd van studenten die minimaal 3 enquêtes hadden ingevuld, in ieder geval op T1 en T4. Dat waren er 214, met een gemiddelde leeftijd van 20 jaar en van wie het merendeel vrouw was (72%).

Studenten werd gevraagd naar een aantal sociodemografische gegevens, het al dan niet hebben van ziekten, hoeveel tijd zij besteedden aan lichaamsbeweging (*Exercise Vital Sign*-vragenlijst) en hoeveel tijd zij zittend doorbrachten. Daarnaast werd gevraagd naar hun mentale welbevinden via de *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale*. Hier kwam een score tussen de 14 en 70 uit, waarbij een hogere score een betere gesteldheid impliceerde. Via de *Perceived Stress Scale* (PCS) vroegen de onderzoekers naar de mate waarin de studenten stress ervaren: hier volgde een score tussen de 0 en 40 uit, waarbij een hogere score op meer stress duidde.

Uit grafieken valt af te lezen dat in week 5 van de lockdown de score op mentale welbevinden ten opzichte van T1 was afgenomen met 4 punten. Ook de tijd die besteed werd aan (gematigd) intensieve lichaamsbeweging was omlaaggegaan: van gemiddeld 248 minuten bij T1 naar gemiddeld 220 minuten bij T4. Daarnaast zaten studenten gemiddeld 23 uur per week meer dan ten tijde van het eerste meetmoment. De stressscore steeg van 20 naar 23.

Hoewel de lockdown een negatief effect had op zitgedrag, beweging, psychisch welbevinden en ervaren stress, bleken

er geen verbanden tussen deze mentale gezondheidsuitkomsten en zitgedrag en beweging. Verminderd psychisch welbevinden was wel sterk gecorreleerd aan meer ervaren stress.

De resultaten impliceren dat het wenselijk is dat universiteiten bij de begeleiding van studenten, juist nu deze moeilijke tijd hun academische carrière doorkruist, aan deze verschillende aspecten aandacht geven.

#### LITERATUUR

- Savage M, James R, Magistro D, Donaldson J, Healy L, Nevill M, e.a. Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Ment Health Phys Act* 2020; doi:10.1016/j.mhpa.2020.100357.

### Kan een leefstijlinterventie het risico op dementie verlagen?

**Anstey en collega's onderzochten de effectiviteit van een onlineprogramma voor leefstijleducatie aangevuld met op maat gemaakt bewegings- en voedingsadvies. De interventie had als doel om het risico op cognitieve achteruitgang te verkleinen. Zij publiceren hun bevindingen in *Journal of Medical Internet Research*.**

Zij voerden een driearmige RCT uit, waaraan 125 volwassenen van 18 jaar of ouder deelnamen. Hun gemiddelde leeftijd was rond de 50 jaar. Zij hadden allen overgewicht of een chronische aandoening, zoals diabetes type 2. Hoewel over het ontstaan van dementie nog veel vraagtekens bestaan, is wel bekend dat dementie en cardiovasculaire ziekten een aantal gemeenschappelijke leefstijlrisicofactoren hebben.

De eerste groep (n = 42) kreeg *Body Brain Life in General Practice* (BBL-GP), een 12 weken durende interventie bestaande uit 8 onlineleermodules met onder meer aandacht voor het dementieel beeld, risicofactoren en voeding. Ook kregen deze deelnemers in totaal drie face-to-faceafspraken voor bewegings- en voedingsadvies op maat. De tweede groep (n = 41) kreeg 6 weken lang wekelijks een face-to-facegroepssessie waar zij algemene leefstijladviezen kregen. De derde (actieve) controlegroep (n = 42) kreeg gedurende 12 weken wekelijks een e-mail met daarin links naar informatie over leefstijlrisicofactoren en ziekte-educatie.

De onderzoekers bepaalden een eventuele cognitieve achteruitgang met de *Australian National University Alzheimer's Disease Risk Index - Short Form* (ANU-ADRI-SF). Die score evalueerden zij bij aanvang van de studie, 18 weken erna, en vervolgens na 9 maanden en 15 maanden.

De auteurs zagen op alle meetmomenten de laagste score in de BBL-GP-groep en stellen dat dit programma het dementierisico in ieder geval gedurende 15 maanden kan verlagen. De score op de ANU-ADRI-SF was na 15 maanden gemiddeld 4,62 punten lager (95%-BI: -7,62 tot -1,62) dan bij aanvang. Om een idee te geven van wat dit zou kunnen betekenen, halen Anstey en collega's eerder onderzoek aan waaruit bleek dat deelnemers van 60-64 jaar die in 12 jaar één punt zakten op de ANU-ADRI-score, voor die periode een 8% lagere kans hadden op het zich ontwikkelen van lichte cognitieve achteruitgang of dementie.

De bevindingen van de huidige studie moeten we zien in het licht van een aantal belangrijke beperkingen: het percentage deelnemers dat uitviel, was in alle drie de groepen aanzienlijk, en de onderzoeksgroep was al aan de kleine kant, stellen de onderzoekers. Ook ontbrak het aan een controlegroep die geen enkele vorm van interventie kreeg aangeboden. Bovendien zal nog moeten blijken of deze studiedeelnemers, vroeg of laat, wel of geen dementie krijgen.

#### LITERATUUR

- Anstey K, Cherbuin N, Kim S, McMaster M, D'Este C, Lautenschlager N, e.a. An internet-based intervention augmented with a diet and physical activity consultation to decrease the risk of dementia in at-risk adults in a primary care setting: pragmatic randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2020; doi:10.2196/19431.

### Fastfood en frisdrank: risico op klachten van stress en depressie

**Vaak fastfood eten en daarbij vaak suikerhoudende frisdrank drinken is geassocieerd met mentale problemen bij Chinese adolescenten. Honglv en collega's vonden aanvullend bewijs voor die hypothese, en publiceren hun resultaten in *Journal of Affective Disorders*. Ze stellen dat het verminderen van de beschikbaarheid van fastfood**



## en suikerhoudende dranken op scholen en thuis een effectieve bijdrage zou kunnen leveren aan het voorkómen van mentale problemen bij adolescenten.

De onderzoekers analyseerden de ingevulde vragenlijsten van 14.500 Chinese scholieren met een gemiddelde leeftijd van 14,9 jaar (SD: 1,8). De adolescenten waren afkomstig van in totaal 32 scholen: de ene helft gelegen in stedelijk gebied en de andere helft in landelijk gebied. In een klaslokaal vulden de leerlingen onder supervisie van een docent twee vragenlijsten in. Om psychologische klachten uit te vragen werd de *Multi-dimensional Sub-health Questionnaire of Adolescents* gebruikt, bestaande uit 39 vragen met een zespuntsschaal. Daarnaast beantwoordden ze vragen over hun eet- en drinkgewoonten. De vragen waren gericht op hoe vaak studenten fastfood en frisdrank nuttigden, niet zozeer op hoeveelheden.

Ongeveer 20% van de leerlingen rapporteerde psychologische klachten. De combinatie van vaak fastfood én suikerhoudende frisdrank nuttigen, was geassocieerd met een grotere kans op mentale klachten (AOR: 1,90; 95%-BI: 1,69-2,12).

De auteurs plaatsen hun bevindingen in een rijtje andere crosssectionele onderzoeken met soortgelijke uitkomsten. Zo bleek uit een Zuid-Koreaanse enquête dat gezonde eetgewoonten (veel fruit-, groenten- en melkconsumptie) geassocieerd waren met minder stress en depressieve klachten bij adolescenten, en dat ongezonde eetgewoonten (veel snacks, cafeïne en frisdranken) tot meer klachten leidden. Gedegen prospectieve studies zijn nodig om hier hardere uitspraken over te doen.

In Nederland en België kondigden frisdrankproducenten in 2017 overigens aan de levering van suikerhoudende frisdranken aan middelbare scholen af te bouwen, en binnen twee jaar nog enkel in light- en andere caloriearme dranken te zullen voorzien.

### LITERATUUR

- Honglv X, Xiaoyan Wu, Yuhui Wan, Shichen Z, Rong Y, Wei W, e.a. Interaction effects of co-consumption of fast food and sugar-sweetened beverages on psychological symptoms: Evidence from a nationwide survey among Chinese adolescents. *J Affect Disord* 2020; 276:104-11.

## Detectie van risicofactoren op depressie: onderscheid oorzaak en gevolg

**Mensen die veel tv kijken en overdag slaapmomenten inlassen, vertonen volgens Choi en collega's bij uitstek risicogedrag voor het ontstaan van depressie. Preventieve interventie juist hieromtrent zou dus effectief kunnen zijn, schrijven zij in *The American Journal of Psychiatry*.**

Uit observationeel onderzoek zijn vele tientallen beïnvloedbare risicofactoren voor het ontstaan van depressie naar voren gekomen. Maar: associatie is geen causatie. Choi en collega's maakten gebruik van mendeliaanse randomisatie om in kaart te brengen welke van die risicofactoren voor depressie een hogere waarschijnlijkheid tot causatie vertonen, en daardoor bij uitstek kansen bieden voor preventief beleid.

De onderzoekers verzamelden in de UK Biobank genomische en fenotypische data van in totaal 100.000 personen. Hun onderzoek verliep in twee stappen. Eerst keken zij voor meer dan 100 beïnvloedbare risicofactoren hoe sterk deze geassocieerd waren met het ontstaan van depressie, zowel voor de algemene populatie als voor personen met een verhoogd risico (genetisch, of als gevolg van gebeurtenissen later in het leven). Vervolgens onderwierpen ze de associaties aan mendeliaanse randomisatie. Drie risicofactoren bleven hierna overeind.

De sterkste fenotypische associatie werd gevonden voor 'vertrouwen in anderen'. De auteurs zien een sterk beschermend effect uitgaan van het hebben van vertrouwde sociale contacten.

Ook tv-kijken kwam als robuuste factor naar voren. Wel moet verder onderzocht worden of het de schermtijd of media-blootstelling per se is, of het met tv-kijken gepaard gaande zitgedrag. Volgens de auteurs kan psycho-educatie over de gevolgen die excessief tv-kijken kan hebben op de stemming een effectieve component van preventieve strategieën zijn. Tot slot, en voor de auteurs wat onverwacht, vertoonde overdag slapen een U-vormige relatie met depressie. Oftewel: overdag slapen leek het risico op depressie te verhogen, maar depressie zelf kan ook een oorzaak zijn dit meer te doen. Andere sterke (maar niet door mendeliaanse randomisatie bevestigde) associaties zouden volgens de auteurs te verklaren zijn als mogelijk 'gevolg' van depressie of doordat ze simpelweg gelijktijdig optreden met risicofactoren voor depressie.

Zo lijken op basis van hun resultaten veel achter de computer zitten en een verhoogde vitamine B-inname eerder een gevolg dan de oorzaak van een depressie. Daarmee zijn deze risicofactoren voor preventiestrategieën mogelijk minder interessant.

#### LITERATUUR

- Choi K, Stein B, Nishimi K, Ge T, Coleman J, Chen C, e.a. An exposure-wide and mendelian randomization approach to identifying modifiable factors for the prevention of depression. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 944-54.

### Beweeginterventies in de ggz: hoe beter verankeren in praktijk?

**Ggz-zorgverleners zien over het algemeen duidelijke voordelen van beweeginterventies in de zorg, gericht op het bevorderen van de gezondheid van mensen met psychiatrische ziekten. Echter, er bestaat ook onduidelijkheid over de criteria om te verwijzen naar beweegprofessionals en over de afbakening van de competenties en rol van deze professionals in de zorg. Dat schrijven McCurdy en collega's in *Mental Health and Physical Activity*.**

Om een beter beeld te krijgen van de perceptie van ggz-zorgverleners over de plaats van beweeginterventies en -professionals zorg in de ggz, voerden de auteurs een zogeheten *scoping review* uit. Ggz-zorgverleners waren psychologen, verpleegkundigen, psychiaters en huisartsen. Het ging om hun ervaringen met het promoten van beweeginterventies bij mensen met psychiatrische stoornissen en met degenen die zulke interventies begeleiden. 51 artikelen werden geïncludeerd.

De waardering van ggz-zorgverleners voor beweegprofessionals en de organisaties waarin zij werken, werd in 22 studies beschreven en was grotendeels positief. Er waren echter ook studies (ongeveer een kwart) waarin ggz-zorgverleners zich negatief of met gemixte gevoelens uitlieten.

Als voordelen van de betrokkenheid van organisaties waar beweegprofessionals werken voor de patiënten noemden ggz-zorgverleners onder meer: betere monitoring van fysieke gesteldheid (bijvoorbeeld door cardiometabole screening), betere kwaliteit van activiteitenprogramma's en een groot vertrouwen in het gegeven advies.

Als voordelen voor henzelf noemden ze onder meer: verminderde werkdruk en verbeterde kennis van en bewustzijn over bewegingsprogramma's. Hoewel de meeste ggz-zorgverleners denken dat bewegingsprogramma's, bijvoorbeeld wandeltraining, goed zijn voor psychiatrische patiënten, bestaat er toch een mate van terughoudendheid om door te verwijzen. Zo zei in een Engelse studie 15% van de huisartsen dat zij veel gebruik wilden maken van toekomstige verwijsschema's voor psychiatrische patiënten, terwijl 29% zei dat zij dachten dit niet vaak te zullen gaan doen. De meeste ggz-zorgverleners zien het promoten van beweging wel als onderdeel van hun werk, maar samenwerking met hierin gespecialiseerde zorgverleners is vaak gewenst omdat ze zeggen zelf te weinig kennis of tijd te hebben. Psychiaters zien hun rol veelal als 'faciliterend of ondersteunend' en zij voelen zich over het algemeen comfortabeler bij doorverwijzen dan bij het zelf oppakken van de handschoen.

Uit verschillende studies komt naar voren dat zorgverleners niet altijd een duidelijk begrip hebben van de rol en de werkwijze van beweegprofessionals in de zorg. Evenzo hebben deze beweegprofessionals het idee dat hun rol als onderdeel van de behandeling van psychiatrische patiënten door ggz-zorgverleners niet altijd goed wordt begrepen. Daar ligt volgens de auteurs dus nog een uitgelezen rol voor meer wederzijdse educatie. Ook vinden zij dat de competenties van beweegprofessionals duidelijker beschreven moeten worden in richtlijnen, zodat hier een gedeeld begrip over ontstaat.

Tot slot bespreken de auteurs de vraag in hoeverre beweegprofessionals zich uitgerust voelen en zijn om psychiatrische patiënten te begeleiden. Ggz-zorgverleners zeggen het belangrijk te vinden dat er binnen deze disciplines meer kennis is over psychische aandoeningen. Vanuit de organisaties waar beweegprofessionals werken, klinkt ook de wens voor uitgebreidere scholing.

#### LITERATUUR

- McCurdy A, Lamboglia C, Lindeman C, Mangan A, Wohlers B, Sivak A, e.a. The physical activity sector within the treatment of mental illness: a scoping review of the perceptions of healthcare professionals. *Ment Health Phys Act* 2020; 58: e191-9.

# Voeding bij psychische aandoeningen gedurende de levensloop; een overzicht van de evidentie

A. OENEMA, D. DE RUIJTER, C. VINGERHOETS, I.S.M. VAN DER WURFF, D.J. BOS, M. NICOLAOU, M. BOT, E.J. GILTAY, R.J.T. MOCKING

**ACHTERGROND** Voeding wordt nog beperkt ingezet in de preventie en behandeling van psychische aandoeningen.

**DOEL** Wetenschappelijke kennis over voeding en psychische gezondheid gedurende de levensloop samenvatten.

**METHODE** Literatuuroverzicht op basis van recente kennissyntheses, meta-analyses en originele studies.

**RESULTATEN** Gezonde voedingspatronen hangen samen met een lagere kans op het ontstaan van depressieve klachten bij volwassenen en mogelijk ook bij kinderen en adolescenten. Voedingsinterventies kunnen bijdragen aan het verminderen van depressieve klachten bij hoogrisicogroepen en lijken ook een gunstige bijdrage te leveren in de behandeling van depressie. Meta-analyses van gerandomiseerde studies laten zien dat omega 3-vetzuren-suppletie van toegevoegde waarde kan zijn in de behandeling van ADHD bij kinderen en depressie bij volwassenen.

**CONCLUSIE** Bevorderen van gezonde voeding in lijn met de Nederlandse Richtlijnen Goede Voeding is belangrijk in het gehele spectrum van goede psychische gezondheid tot een chronische aandoening. Meer aandacht voor het bevorderen van gezonde voedingspatronen bij patiënten met psychische aandoeningen kan leiden tot belangrijke gezondheidswinst.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 927-935

**TREFWOORDEN** omega 3-vetzuren, psychische aandoeningen, voedingspatronen



927

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE | JAARGANG 62 | NOVEMBER 2020

Voeding hangt samen met een groot aantal ziektes met een hoge ziektelast, zoals kanker, hart- en vaatziekten en diabetes (Lim e.a. 2012). Het belang van gezonde voeding in het bevorderen en behouden van lichamelijke gezondheid is dan ook bekend en geaccepteerd. Het bewijs over de effecten van voeding op de gezondheid vat de Gezondheidsraad (2015) samen in richtlijnen goede voeding, voor de algemene bevolking. Deze richtlijnen zijn door het Voedingscentrum vertaald naar aanbevelingen in de 'Schijf van Vijf'.

Dat voeding ook een belangrijke rol speelt in de preventie en behandeling van psychische aandoeningen lijkt steeds duidelijker (Firth e.a. 2019b; d; Sarris e.a. 2015), maar

hierover bestaat ook nog debat. Het doel van dit artikel is een overzicht te geven van de bestaande wetenschappelijke evidentie over de rol van voeding in de preventie en (ondersteuning van) de behandeling van psychische aandoeningen.

Voeding kan potentieel een rol spelen in het volledige spectrum van goede psychische gezondheid, hoog risico op het ontstaan van klachten, vroege symptomen, een klinisch gediagnosticeerde aandoening, tot een chronische aandoening (zie **FIGUUR 1**; Oenema e.a. 2019).

Psychische aandoeningen ontwikkelen zich gedurende de levensloop en in verschillende levensfasen zorgen verschillende aandoeningen voor ziektelast (Whiteford e.a. 2013).

Om goed inzicht te krijgen in de relatie tussen voeding en psychische aandoeningen gedurende de levensloop onderscheiden wij drie levensfasen: vroege leven (prenataal en kindertijd), adolescentie (12-25 jaar) en volwassenheid (> 25 jaar). In de kindertijd belichten we voeding in relatie tot ADHD, autismespectrumstoornissen (ASS) en depressie. Voor deze levensfase onderzoeken we de voedingsinname van de moeder tijdens de zwangerschap (prenatale blootstelling) en voedingsinname van het kind in relatie tot deze aandoeningen. In de adolescentie en volwassenheid belichten we depressie, angststoornissen en psychotische stoornissen.

Voeding is een breed begrip en verschillende componenten van voeding kunnen samenhangen met (het risico op) psychische aandoeningen. Micro- en macronutriënten in voeding leveren bouwstenen voor het lichaam en zijn betrokken bij diverse lichaamsfuncties, waaronder psychisch functioneren (Lopresti e.a. 2013; Georgieff e.a. 2018). Mensen eten echter geen nutriënten, maar voedingsmiddelen, gecombineerd in een voedingspatroon. Juist dit volledige voedingspatroon kan samenhangen met psychische gezondheid, omdat hierin interacties en synergetische effecten van verschillende nutriënten samenkomen (Hu 2002).

We richten ons in dit artikel dan ook op voedingspatronen. Daarnaast kunnen voedingssupplementen een rol spelen. Deze kunnen worden gebruikt als aanvulling op de voeding, maar kunnen ook actief worden toegepast in de behandeling van psychische aandoeningen. In dit artikel geven we een overzicht van de evidentie voor effectiviteit van voedingssupplementen in de behandeling van de genoemde aandoeningen.

## METHODEN

Dit overzichtsartikel is grotendeels gebaseerd op een recente kennissynthese over de relatie tussen voeding en psychische aandoeningen gedurende de levensloop (Oenema e.a. 2019).

Voor deze kennissynthese verrichtten wij voor de drie levensfasen een uitgebreide systematische review van de literatuur, volgens de PRISMA-richtlijnen (Liberati e.a. 2009). In zes databases (PubMed, PsycINFO, Web-of-Science, CINAHL, Cochrane Databases en OVID) zochten we naar relevante studies.

Studies waren geschikt voor inclusie wanneer de relatie tussen voeding en een psychische aandoening op kwantitatieve manier werd onderzocht, of wanneer de effectiviteit van een voedingsinterventie werd onderzocht. Originele studies, maar ook bestaande reviews en meta-analyses kwamen in aanmerking voor inclusie. Indien mogelijk werd een review-van-reviews uitgevoerd, om de best beschikbare evidentie samen te brengen.

## AUTEURS

**ANKE OENEMA**, universitair hoofddocent, Vakgroep Gezondheidsbevordering, School of Nutrition and Translational Research in Metabolism (NUTRIM), Universiteit Maastricht.

**DENNIS DE RUIJTER**, onderzoeker, Vakgroep Gezondheidsbevordering, NUTRIM, Universiteit Maastricht.

**CLAUDIA VINGERHOETS**, onderzoeker, Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie, School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS), Universiteit Maastricht, en afd. Radiologie en Nucleaire geneeskunde, Locatie AMC, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam.

**INGE S.M. VAN DER WURFF**, universitair docent, afd. Voorwaarden voor een leven lang leren, Faculteit Onderwijswetenschappen, Open Universiteit Nederland.

**DIENKE J. BOS**, universitair docent, afd. Psychiatrie, UMC Utrecht Hersencentrum, Universiteit Utrecht.

**MARY NICOLAOU**, universitair docent, afd. Public and Occupational Health, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam Public Health Research Institute.

**MARISKA BOT**, epidemioloog en onderzoeker, afd. Psychiatrie, Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit.

**ERIK J. GILTAY**, psychiater en epidemioloog, afd. Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

**ROEL J.T. MOCKING**, arts in opleiding tot psychiater, en universitair docent, afd. Psychiatrie, Locatie AMC, Amsterdam UMC, Universiteit van Amsterdam.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Anke Oenema, Debijelein 1, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. a.oenema@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-9-2020.

In de kennissynthese werden gezonde en ongezonde voedingspatronen onderscheiden. Onder gezonde voedingspatronen werd verstaan: eten volgens de Richtlijnen goede voeding, voeding die bestaat uit vooral plantaardige bestanddelen (groente en fruit), een mediterraan voedingspatroon en traditionele voedingspatronen. Onder ongezonde voedingspatronen werden een westers voedingspatroon en voeding met veel snacks, fastfood en voorbewerkt voedsel verstaan.

De resultaten van de verschillende studies werden kwalitatief samengevat. Voor dit artikel vullen we de resultaten

**FIGUUR 1** Mogelijke rol van voeding en voedingsinterventies in het spectrum van psychische gezondheid (Oenema e.a. 2019)



van de kennissynthese aan met resultaten uit recentere empirische studies en meta-analyses.

## RESULTATEN

We geven eerst een overzicht van de evidentie voor het vroege leven, waarbij we ingaan op de prenatale periode, ADHD, ASS en depressie. Na bespreking van het beperkt beschikbare bewijs voor de adolescentie, delen we de vele studies die de volwassenheid betreffen in onder universele, selectieve en geïndiceerde preventie en behandeling.

### Prenatale periode en kindertijd

#### PRENATALE BLOOTSTELLING AAN VOEDING

Er is nog weinig onderzoek van goede kwaliteit beschikbaar over de relatie tussen voeding van de moeder tijdens de zwangerschap en het risico op ADHD, ASS en depressie in de kindertijd. Uit een meta-analyse van de wel beschikbare studies blijkt dat een betere kwaliteit van de voeding van de moeder mogelijk samenhangt met een lagere kans op affectieve symptomen in de kindertijd (Borge e.a. 2017). Wat betreft voedingssupplementen is er zwak bewijs voor 1. een associatie tussen een hoge inname van foliumzuur tijdens de zwangerschap en een lagere prevalentie van ASS in de kindertijd en 2. een mogelijk gunstige associatie tussen een hogere vitamine D-status van de moeder en gebruik van multivitaminenpreparaten tijdens de zwangerschap en het voorkomen van ASS bij kinderen (Oenema e.a. 2019).

#### ADHD

Wat betreft voedingspatronen en voedingsmiddelen is er voor ADHD sterk bewijs voor de afwezigheid van een verband tussen suikerinname en ADHD-symptomen (Heilskov

Rytter e.a. 2015). Verder hangen gezondere voedingspatronen en voedingsmiddelen mogelijk samen met een lagere kans op het ontstaan van ADHD-symptomen, terwijl ongezonere voedingspatronen en voedingsmiddelen mogelijk samenhangen met een hogere kans. Van de diëten is het few-food- of eliminatiedieet het meest onderzocht. Mogelijk hebben dit soort diëten een gunstig effect op ADHD-symptomen. Er kunnen echter geen sterke conclusies worden getrokken, vanwege grote heterogeniteit tussen de studies en doordat het zeer complex blijkt om gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) uit te voeren (Oenema e.a. 2019).

Uit verschillende meta-analyses van RCT's waarin het effect van omega 3-vetzuursuppletie op ADHD-symptomen werd onderzocht blijkt dat omega 3-vetzuursuppletie een klein, maar gunstig effect kan hebben op ADHD-symptomen (Oenema e.a. 2019). Gegeven de beschreven minimale bijwerkingen is omega 3-vetzuursuppletie een goede kandidaat voor (aanvulling op) de behandeling van ADHD-symptomen.

#### ASS

Voor ASS is veel onderzoek gedaan naar het effect van specifieke diëten, zoals een ketogeen, glutenvrij en/of caseïnevrij dieet en van omega 3- of 6-vetzuursuppletie op ASS-symptomen, vooralsnog zonder overtuigend bewijs (Oenema e.a. 2019).

#### DEPRESSIE

Bij kinderen is nog weinig onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen voedingspatronen en depressieve klachten. Mogelijk is er een relatie tussen ongezonere voeding/voedingspatronen en meer mentale gezondheidsproblemen (waaronder depressie) en gezondere voedingspatro-

nen en minder mentale gezondheidsproblemen, maar de kwaliteit en de opzet van de beschikbare studies zijn niet optimaal (Oenema e.a. 2019).

Er zijn slechts twee studies naar het effect van omega 3-vetzuursuppletie in de behandeling van depressie bij kinderen; in één vond men een gunstig effect en in de andere geen effect (Oenema e.a. 2019). Hiermee is er nog te weinig bewijs om conclusies te kunnen trekken over de effectiviteit van omega 3-vetzuursuppletie in de behandeling van kinderen met een depressie.

### Adolescentie

Hoewel de adolescentie een kwetsbare levensfase is, waarin veel psychische aandoeningen zich voor het eerst openbaren, is er nog weinig onderzoek beschikbaar over de rol van voeding (Oenema e.a. 2019).

Het bestaande onderzoek richt zich grotendeels op de relatie tussen voedingspatronen en depressie. Uit deze studies blijkt dat gezonde voedingspatronen en gezonde voedingsgroepen (met name groente en fruit) mogelijk samenhangen met een lagere kans op depressieve klachten, terwijl ongezonde voedingspatronen en ongezonde voedingsgroepen (snacks, suikerhoudende dranken en fastfood) mogelijk samenhangen met een hogere kans. Dit is echter voornamelijk gebaseerd op zwak opgezet cross-sectioneel onderzoek onder gezonde adolescenten, waardoor geen sterke conclusies getrokken kunnen worden (Oenema e.a. 2019).

Wat betreft omega 3-vetzuursuppletie is vooral onderzoek gedaan naar het effect van omega 3-vetzuren op het ontstaan van een psychotische stoornis bij adolescenten met een ultrahog risico hierop. De veelbelovende bevindingen uit een eerste trial (Amminger e.a. 2010) werden echter niet gerepliceerd in een tweede, grotere trial (McGorry e.a. 2017), waardoor nog geen eenduidige conclusies over effectiviteit kunnen worden getrokken.

### Volwassenheid

Voor de volwassen levensfase is veel meer en kwalitatief beter onderzoek beschikbaar dan voor de jongere levensfasen, waardoor sterkere conclusies getrokken kunnen worden. Voor deze levensfase onderscheiden we evidentie voor 1. voeding en risico op psychische klachten in de algemene populatie (*universele preventie*), 2. effectiviteit van voedingsinterventies bij mensen met een hoog risico op een aandoening (*selectieve en geïndiceerde preventie*) en 3. effectiviteit van voedingsinterventies en voedingssupplementen in de behandeling van psychische aandoeningen.

### VOEDING EN RISICO OP PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE ALGEMENE POPULATIE

Uit verschillende meta-analyses en systematische reviews blijkt dat gezonde voedingspatronen samenhangen met een lagere kans op het ontstaan van depressieve klachten in de algemene populatie (Lassale e.a. 2019; Molendijk e.a. 2018a; Nicolaou e.a. 2019; Oenema e.a. 2019). Ook is er consistent bewijs dat hogere groente- en fruitinname samenhangt met een lagere kans op depressieve klachten. Voor een associatie tussen ongezonde voedingspatronen en depressieve klachten is geen consistent bewijs. Ook laten beschikbare meta-analyses en systematische reviews geen eenduidige associatie zien tussen omega 3-vetzuurinname via voeding of als voedingssupplement en de kans op depressieve klachten (Oenema e.a. 2019).

Voor angst- of psychotische stoornissen is veel minder onderzoek beschikbaar, waardoor nog geen eenduidige conclusies kunnen worden getrokken.

### VOEDINGSINTERVENTIES BIJ HOOGRISICOGROEPEN

Gezonde voedingspatronen lijken dus samen te hangen met een lager risico op depressieve klachten. De volgende vraag is of voedingsinterventies effectief kunnen zijn in het verminderen van depressieve klachten of het voorkómen van een depressie bij mensen met een hoog risico, zoals bij subklinische depressieve klachten of een chronische aandoening zoals kanker, hart- en vaatziekten, of obesitas.

Een recente meta-analyse van 16 rct's vond dat voedingsinterventies kunnen leiden tot een lichte afname van klachten bij mensen met depressieve klachten, zonder diagnose depressie (Firth e.a. 2019a). Er werd geen effect gevonden op angstklachten. In onze kennissynthese (Oenema e.a. 2019) werden soortgelijke bevindingen beschreven voor het effect van voedingsadvies of voedingsinterventies op depressieve klachten bij mensen met een chronische aandoening zoals diabetes of obesitas. In 10 van 14 experimentele studies (3 zonder controlegroep) uit de kennissynthese rapporteerde men dat advies of ondersteuning bij een gezond voedingspatroon of gezonde leefstijl het risico op het ontstaan van depressieve klachten of depressie verkleint (Oenema e.a. 2019). In al deze studies waren toegepaste interventies, onderzoekspopulaties en studiesettings zeer divers, waardoor het niet mogelijk is om aan te geven welke voedingsinterventies precies effectief zijn, bij welke doelgroepen en of effecten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan de voedingsinterventie.

In de recente MOODFOOD-trial (depressiepreventietrial) werd onderzocht of voedingsinterventies effectief kunnen zijn in het voorkómen van een depressie bij mensen met een hoog risico (Bot e.a. 2019). In deze grote Europese rct includeerde men 1025 volwassenen met overgewicht en

depressieve klachten, maar zonder diagnose depressie in de afgelopen 6 maanden. Er werden twee interventies onderzocht: ten eerste dagelijkse voedingssupplementen (1412 mg omega 3-vetzuren (waarvan 1059 mg EPA en 353 mg DHA), 30 µg selenium, 400 µg foliumzuur en 20 µg vitamine D<sub>3</sub> plus 100 mg calcium) versus placebo en ten tweede 21 sessies gedragsactivatie gericht op het verbeteren van voedingsgewoonten en het bevorderen van een mediterraan dieetpatroon versus geen interventie. De interventies duurden één jaar, waarin 105 deelnemers (10%) een depressie kregen. Geen van de interventies had een aantoonbaar effect op het ontstaan van een depressie. De nulbevinding van omega 3-vetzuren in het voorkomen van depressie sluit aan bij die van een recente meta-analyse (Deane e.a. 2019).

#### VOEDINGSINTERVENTIE EN -SUPPLEMENTEN IN DE BEHANDELING VAN DEPRESSIE

In de kennissynthese zijn 6 interventiestudies opgenomen waarin het effect van voedingsadviezen op depressieve klachten bij patiënten met een klinische depressie werd onderzocht (Oenema e.a. 2019). Bij de voedingsadviezen, gericht op het bevorderen van een gezond voedingspatroon, ging het soms om schriftelijke informatie, soms om telefonisch advies en soms om persoonlijke begeleiding door een diëtist. 5 studies (1 zonder controlegroep) lieten een gunstig effect op depressieve klachten zien.

De geobserveerde sterke effecten in sommige van deze studies leidden echter ook tot wetenschappelijke kritiek. Deze richtte zich met name op het probleem dat voeding lastig te blinderen is, waarbij een positief verwachtingspatroon kan leiden tot placebo-effecten (Molendijk e.a. 2018b). Verder moeten we opmerken dat men in verschillende van deze studies een bredere leefstijlinterventie onderzocht, waardoor de positieve effecten niet alleen aan voeding kunnen worden toegeschreven. Desondanks zijn er aanwijzingen dat interventies gericht op een gezonder voedingspatroon kunnen leiden tot een verbetering van depressieve klachten bij mensen met een klinische depressie.

Over de effectiviteit van voedingssupplementen in de behandeling van psychische aandoeningen is recent een meta-review uitgevoerd waarin men de resultaten van verschillende meta-analyses van RCT's samenbracht (Firth e.a. 2019c). Er werden 33 geschikte meta-analyses gevonden met in totaal meer dan 10.000 deelnemers.

Het sterkste effect vond men voor omega 3-vetzoursuppletie bij depressie (Firth e.a. 2019c). Verschillende meta-analyses vonden sterk bewijs voor een positief effect van omega 3-vetzuren op het verminderen van depressieve klachten bij patiënten met een depressie. De grootte van dit effect (Cohens  $d = 0,398$ ; 95%-BI: 0,114-0,682) is verge-

lijikbaar met die uit meta-analyses van antidepressiva. Vergelijkbare effecten werden gevonden in een meta-analyse naar post-partumdepressie (Mocking e.a. 2020).

Wel is er sprake van heterogeniteit in de bevindingen. Dit zou verklaard kunnen worden doordat er verschillende omega 3-vetzuren bestaan, waarbij het positieve effect vooral lijkt te worden veroorzaakt door eicosapentaeenzuur (EPA) en niet door docosahexaeenzuur (DHA). In de meta-review wordt daarom aanbevolen om bij depressie een omega 3-vetzoursupplement met > 50% EPA te gebruiken, met een dagelijkse dosering van 2200 mg EPA. Daarbij lijkt EPA vooral effectief als het toegevoegd wordt aan een antidepressivum, en minder effectief bij de behandeling van depressie als comorbiditeit bij een somatische aandoening. Het bijwerkingenprofiel van omega 3-vetzuren bij depressie wordt als veilig beschreven.

De benodigde dosering is relatief hoog en kan niet eenvoudig met het eten van vette vis worden bereikt. Vanwege de heterogeniteit en omdat de meeste deelnemende patiënten een matig ernstige depressie hadden, moeten deze bevindingen behandelaars er niet van weerhouden ook een effectieve psychotherapeutische of farmacotherapeutische behandeling te starten, met name bij ernstiger vormen van depressie.

Verder werden in de meta-review positieve, maar minder eenduidige, bevindingen gerapporteerd voor vitamine D-, foliumzuur- en N-acetylcysteïnesuppletie bij de behandeling van depressie, en een effect van foliumzuur op negatieve symptomen bij schizofrenie (Firth e.a. 2019c).

#### Voeding ter ondersteuning van fysieke gezondheid bij mensen met psychische problemen

Een laatste belangrijk thema is voeding ter bevordering van de fysieke gezondheid van mensen met een (ernstige) psychiatrische aandoening. Ook voor deze patiëntencategorie is gezonde voeding belangrijk. Niet alleen primair als mogelijke ondersteuning van de behandeling van de psychiatrische aandoening, maar ook ter preventie van somatische comorbiditeit. Mensen met ernstige en langdurige psychiatrische stoornissen hebben een aanzienlijk grotere kans op cardiometabole aandoeningen dan mensen zonder dergelijke stoornissen (Firth e.a. 2019b). Dit hogere risico komt, naast medicatiegebruik, onder andere voort uit een hogere prevalentie van ongezonde leefstijlgedragingen zoals ongezonde voeding, roken en gebrek aan lichamelijke activiteit. Daarnaast kan onvoldoende blootstelling aan zonlicht resulteren in lagere vitamine D-spiegels.

In *The Lancet Psychiatry* is onlangs een blauwdruk verschenen over het beschermen van lichamelijke gezondheid bij mensen met psychische aandoeningen (Firth e.a. 2019b). In deze blauwdruk wordt aangegeven dat voedingsinter-

venties vooral gericht moeten zijn op het bevorderen van gezonde voedingspatronen en goede kwaliteit van voeding en op het voorkomen van excessieve gewichtstoename en terugdringen van overgewicht.

Bevorderen van gezond voedingsgedrag is moeilijk, ook bij mensen met psychiatrische aandoeningen. Daarom moeten voedingsinterventies worden ontwikkeld en toegepast in multidisciplinaire teams met professionals met specifieke expertise, zoals diëtisten en gezondheidsbevorderaars (Firth e.a. 2019b).

Eerste studies laten zien dat leefstijlinterventies met meerdere componenten, uitgevoerd in instellingen mogelijk effectief kunnen zijn in het bevorderen van fysieke gezondheid (Deenik e.a. 2019). Ook zijn er aanwijzingen dat leefstijlinterventies gericht op gewichtsverlies succesvol kunnen zijn bij psychiatrische patiënten met overgewicht en obesitas (Daumit e.a. 2013; Naslund e.a. 2017). In een kritischer meta-analyse met een bredere groep patiënten, onder wie ook patiënten zonder overgewicht of obesitas, vond men een significant hogere kans op > 5% gewichtsverlies van leefstijlinterventies ten opzichte van controlecondities op korte termijn (27,5% vs. 18,1%), al interpreteerden de auteurs het effect als niet klinisch relevant (Speyer e.a. 2019). Uit een meta-analyse naar voedingsinterventies gericht op gewichtsreductie bleek dat interventies gegeven door diëtisten effectiever zijn dan interventies gegeven door andere professionals (Teasdale e.a. 2017). Dit benadrukt opnieuw het belang van multidisciplinaire teams en het betrekken van diëtisten bij het ontwikkelen en uitvoeren van voedings- en leefstijlinterventies.

## DISCUSSIE

Uit het overzicht van de literatuur blijkt dat (bevordering van) gezonde voeding belangrijk is in alle levensfasen en in het gehele spectrum van goede psychische gezondheid tot een chronische aandoening. Voedingssupplementen lijken vooral een rol te spelen in de latere fasen in het spectrum, waarbij omega 3-vetzuren van toegevoegde waarde kunnen zijn in de behandeling van ADHD bij kinderen en depressie bij volwassenen.

Gezonde voedingspatronen hangen samen met een lager risico op depressieve klachten in de algemene volwassen bevolking en mogelijk ook bij kinderen en adolescenten. Kenmerkend voor gezonde voedingspatronen is dat ze bestaan uit voldoende fruit, groente, vezels, vis en beperkte inname van vlees en verzadigd vet. De richtlijnen goede voeding, maar ook het mediterrane dieet, bevatten deze componenten. Het opvolgen van de Nederlandse richtlijnen goede voeding kan daarom bijdragen aan het verkleinen van de kans op het ontwikkelen van depressieve klachten.

Bij mensen met een hoog risico op depressie, zoals bij subklinische depressieve klachten, chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes of overgewicht, kunnen interventies gericht op gezonde voedingspatronen bijdragen aan het verminderen van depressieve klachten. Dit betekent dat ook bij hoogrisicogroepen bevorderen van een gezond voedingspatroon belangrijk is. Het doel daarbij is verminderen van klachten, aangezien er nog onvoldoende bewijs is dat gezonde voedingspatronen het ontstaan van een depressie kunnen voorkomen.

Wat betreft behandeling laten de eerste trials zien dat interventies gericht op gezonde voedingspatronen mogelijk een toegevoegde waarde kunnen hebben in de behandeling van patiënten met een depressie. Er is echter meer onderzoek nodig om sterker bewijs te genereren en meer inzicht te krijgen in hoe en welke interventies effectief zijn en wat de uitwerking is in combinatie met medicatiegebruik en andere reguliere therapie. Toch lijkt het ook in de behandeling van depressie belangrijk om gezonde voedingspatronen te bevorderen. In verschillende zorgstandaarden en behandelrichtlijnen voor depressie wordt leefstijladvies aangegeven als onderdeel van basis- of eerste-stapinterventies. Gezonde voeding zou een expliciet onderdeel moeten worden van leefstijladvies voor mensen met een psychische aandoening. Het gaat hierbij niet om het adviseren van specifieke diëten, maar om eten volgens de Nederlandse richtlijnen goede voeding.

Tot slot is bevordering van gezonde voeding als onderdeel van leefstijlinterventies belangrijk bij mensen met psychische aandoeningen om somatische comorbiditeit te voorkomen en om mogelijk gunstige effecten op symptomen te bereiken. Hiervoor zijn multidisciplinaire teams met specifieke expertise in voeding en gedragsverandering nodig. Ook hier geldt weer dat eten volgens de genoemde richtlijnen belangrijk is en dat het niet gaat om specifieke diëten.

Wat betreft voedingssupplementen blijkt uit verschillende RCT's dat suppletie met omega 3-vetzuren effectief is in het verminderen van ADHD-symptomen bij kinderen. Omega 3-vetzuursuppletie kan daarom opgenomen worden in de behandelrichtlijnen en zorgstandaarden voor ADHD bij kinderen. Deze kan ook effectief zijn in de behandeling van volwassenen met een depressie. In de ggz-standaard depressie wordt omega 3-vetzuursuppletie als behandeloptie aangegeven, maar dit zou duidelijker onderdeel van de behandeling kunnen worden. De aanbeveling is om een dagelijkse dosering van 2200 mg EPA te geven, als aanvulling op een behandeling met antidepressiva. Het omega 3-vetzuur DHA lijkt geen effect te hebben. Bij drogisterijen kunnen vetzuursupplementen gevonden worden die de goede dosering EPA in een beperkt aantal capsules per dag voorzien.



**TABEL 1** Samenvatting belangrijkste aanbevelingen voor de praktijk

- Stimuleer een dieet conform de Nederlandse richtlijnen goede voeding in de algemene volwassen populatie om de kans op depressieve klachten te verkleinen
- Stimuleer gezonde voedingspatronen in lijn met de richtlijnen goede voeding bij hoogrisicogroepen en patiënten met een depressie om depressieve klachten te verminderen
- Bevorder gezonde voedingspatronen in lijn met de richtlijnen goede voeding bij patiënten met een (ernstige) psychische aandoening om de fysieke gezondheid te verbeteren
- Zet omega 3-vetzuursuppletie in bij de behandeling van ADHD-symptomen bij kinderen
- Overweeg omega 3-vetzuursuppletie (in de vorm van 2200 mg EPA) in de behandeling van volwassenen met een depressie, als aanvulling op farmaco- en psychotherapie

EPA: eicosapentaenzuur.

In dit artikel hebben wij een breed en actueel overzicht gegeven van de evidentie over de rol van voeding in de preventie en behandeling van een selectie van psychische aandoeningen en het belang van gezonde voeding ter preventie van somatische comorbiditeit. Voor achtergronden en meer details bij dit overzicht verwijzen wij naar de bronnen die als basis zijn gebruikt.

## Beperkingen

Het overzicht is niet uitputtend. Zo vielen minder prevalentie psychische stoornissen en biologische werkingsmechanismen buiten de reikwijdte van dit artikel. Ook hebben we geen aandacht kunnen besteden aan de mogelijk gunstige effecten van voedingssupplementen op agressie, een onderwerp dat zeer relevant is voor specifieke groepen psychiatrische patiënten. In een recente kennissynthese over voeding en justitiabelen beschreef Zaalberg (2018) een gunstig effect van voedingssupplementen op agressie. Deze effecten worden momenteel ook onderzocht in de langdurige psychiatrie, onder patiënten met psychotische en persoonlijkheidsstoornissen en mensen met een verstandelijke beperking (NCT02498106; NCT03212092; Moking & Karaszewska 2020).

## LITERATUUR

- Amminger GP, Schafer MR, Papageorgiou K, Klier CM, Cotton SM, Harrigan SM, e.a. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: A randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 146-54.
- Borge TC, Aase H, Brantsaeter AL, Biele G. The importance of maternal diet quality during pregnancy on cognitive and behavioural outcomes in children: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2017; 7: e016777.
- Bot M, Brouwer IA, Roca M, Kohls E, Penninx B, Watkins E, e.a. Effect of multivitamin supplementation and food-related behavioral activation therapy on prevention of major depressive disorder among overweight or obese adults with subsyndromal depressive symptoms: The moodfood randomized clinical trial. *JAMA* 2019; 321: 858-68.

We hebben niet in detail in kunnen gaan op de wetenschappelijke kwaliteit van de opgenomen studies, mogelijke verstoringen van variabelen en representativiteit van onderzoekspopulaties. Hoewel men in de meeste studies heeft gecorrigeerd voor de mogelijke invloed van confounders zoals sociaaleconomische status, is confounding niet volledig uit te sluiten in de niet gerandomiseerde studies. Ook kunnen de gebruikte meta-analyses en RCT's bias bevatten (Thomas-Odenthal e.a. 2020).

## CONCLUSIE

We concluderen dat gezonde voeding niet alleen van belang is voor de somatische, maar ook voor de psychische gezondheid. Er bestaat voldoende bewijs voor een gunstige relatie tussen gezonde voeding en het ontstaan of terugdringen van depressieve klachten. Bevordering van gezonde voedingspatronen (eten volgens de richtlijnen goede voeding) is belangrijk ter ondersteuning van de fysieke gezondheid en kan daarnaast bij sommige groepen patiënten een gunstige uitwerking hebben op de klachten. Vetzuursuppletie lijkt niet effectief in de preventie van aandoeningen. Omega 3-vetzuursuppletie is wel van toegevoegde waarde in de behandeling van ADHD bij kinderen en van depressie bij volwassenen. In **TABEL 1** zijn de belangrijkste aanbevelingen samengevat.

- Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY, Dalcin A, Jerome GJ, Anderson CA, e.a. A behavioral weight-loss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013; 368: 1594-602.
- Deane KHO, Jimoh OF, Biswas P, O'Brien A, Hanson S, Abdelhamid AS, e.a. Omega-3 and polyunsaturated fat for prevention of depression and anxiety symptoms: Systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2019; 1-8.
- Deenik J, Tenback DE, Tak E, Rutters F, Hendriksen IJM, van Harten PN. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The multi study I. *Schizophr Res* 2019; 204: 360-7.
- Firth J, Marx W, Dash S, Carney R, Teasdale SB, Solmi M, e.a. The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 2019a; 81: 265-80.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, e.a. The lancet psychiatry commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019b; 6: 675-712.
- Firth J, Teasdale SB, Allott K, Siskind D, Marx W, Cotter J, e.a. The efficacy and safety of nutrient supplements in the treatment of mental disorders: A meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2019c; 18: 308-24.
- Firth J, Ward PB, Stubbs B. Editorial: Lifestyle psychiatry. *Front Psychiatry* 2019d; 10: 597.
- Georgieff MK, Ramel SE, Cusick SE. Nutritional influences on brain development. *Acta Paediatr* 2018; 107: 1310-21.
- Gezondheidsraad. Richtlijnen goede voeding 2015. Den Haag: Gezondheidsraad; 2015. Report No.: publicatienr. 2015/24.
- Heilskov Rytter MJ, Andersen LB, Houmann T, Bilenberg N, Hvolby A, Molgaard C, e.a. Diet in the treatment of adhd in children - a systematic review of the literature. *Nord J Psychiatry* 2015; 69: 1-18.
- Hu FB. Dietary pattern analysis: A new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol* 2002; 13: 3-9.
- Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sanchez-Villegas A, Kivimaki M, e.a. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Mol Psychiatry* 2019; 24: 965-86.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JP, e.a. The prisma statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ* 2009; 339: b2700.
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, e.a. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2224-60.
- Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: Diet, sleep and exercise. *J Affect Disord* 2013; 148: 12-27.
- McGorry PD, Nelson B, Markulev C, Yuen HP, Schafer MR, Mossaheb N, e.a. Effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids in young people at ultrahigh risk for psychotic disorders: The neurapro randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 19-27.
- Mocking R, Karaszewska D. Omega-3 fatty acid supplementation for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Prospero* 2020 crd42020181203. Available from: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42020181203](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020181203)
- Mocking RJT, Steijn K, Roos C, Assies J, Bergink V, Ruhé HG, e.a. Omega-3 fatty acid supplementation for perinatal depression: A meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2020; 81: 1913106.
- Molendijk M, Molero P, Ortuno Sanchez-Pedreno F, Van der Does W, Angel Martinez-Gonzalez M. Diet quality and depression risk: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *J Affect Disord* 2018a; 226: 346-54.
- Molendijk ML, Fried EI, Van der Does W. The smiles trial: Do undisclosed recruitment practices explain the remarkably large effect? *BMC Med* 2018b; 16: 243.
- Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 47: 83-102.
- Nicolaou M, Colpo M, Vermeulen E, Elstgeest LEM, Cabout M, Gibson-Smith D, e.a. Association of a priori dietary patterns with depressive symptoms: A harmonised meta-analysis of observational studies. *Psychol Med* 2019; 1-12.
- Oenema A, de Ruijter D, van der Wurff I, de Groot R, Vingerhoets C, van Amelsfoort T, e.a. Voeding en psychische gezondheid gedurende de levensloop. Synthese van wetenschappelijke kennis en inventarisatie van toepassing in de praktijk. Maastricht: Maastricht University; 2019. Beschikbaar via: [https://www.maastrichtuniversity.nl/sites/default/files/kennissynthese\\_voeding\\_en\\_psychische\\_gezondheid\\_2019.pdf](https://www.maastrichtuniversity.nl/sites/default/files/kennissynthese_voeding_en_psychische_gezondheid_2019.pdf)
- Sarris J, Logan AC, Akbaraly TN, Paul Amminger G, Balanzá-Martínez V, Freeman MP, e.a. International society for nutritional psychiatry research consensus position statement: Nutritional medicine in modern psychiatry. *World Psychiatry* 2015; 14: 370-1.

- Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, Norgaard HCB, Jorgensen KB, Pisinger C, e.a. Lifestyle interventions for weight management in people with serious mental illness: A systematic review with meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression analysis exploring the mediators and moderators of treatment effects. *Psychother Psychosom* 2019; 88: 350-62.
- Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 110-8.
- Thomas-Odenthal F, Molero P, van der Does W, Molendijk M. Impact of review method on the conclusions of clinical reviews: A systematic review on dietary interventions in depression as a case in point. *PLoS One* 2020; 15: e0238131.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, e.a. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-86.
- Zaalberg A. Voeding en justitiabelen: Van strafelement naar rehabilitatie-instrument? Den Haag: WODC; 2018.

## SUMMARY

# Nutrition and mental disorders during the life span: an overview of scientific evidence

A. OENEMA, D. DE RUIJTER, C. VINGERHOETS, I.S.M. VAN DER WURFF, D.J. BOS, M. NICOLAOU, M. BOT, E.J. GILTAY, R.J.T. MOCKING

- BACKGROUND** Nutritional interventions are scarcely used in the prevention and treatment of mental disorders.
- AIM** To summarize scientific evidence on the relation between nutrition and mental health, across the life span.
- METHOD** An overview of the literature based on recent knowledge syntheses, meta-analyses and original studies.
- RESULTS** Healthy dietary patterns are associated with a lower risk for depressive symptoms among adults and potentially also among children and adolescents. Dietary interventions can be effective in reducing depressive symptoms among high-risk groups and can have a beneficial effect in the treatment of depression. Meta-analyses of randomised studies have shown that omega-3 fatty acid supplements can be of added value in the treatment of ADHD in children and of depression in adults.
- CONCLUSION** Promotion of healthy dietary patterns in line with National guidelines for healthy diets is important in the entire spectrum from good mental health to a chronic disorder. More attention for improving healthy dietary patterns among patients with mental disorders can lead to important health gains.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 927-935

**KEY WORDS** dietary patterns, life course, omega-3 fatty acids

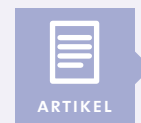
# Effect van bewegen op psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid bij mensen met psychiatrische aandoeningen; systematische review van recente meta-analyses

D. VANCAMPFORT, T. SCHEEWE, T. VAN DAMME, J. DEENIK

- ACHTERGROND** Beweging wordt in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland en Vlaanderen sinds de jaren 60 toegepast.
- DOEL** Samenvatten van de recente meta-analytische evidentie voor bewegen in de preventie en behandeling van depressieve stoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, middelenafhankelijkheid, ADHD, autisme en eetstoornissen.
- METHODE** Medline/PubMed, Psycarticles en Embase werden onderzocht voor de periode 1 januari 2015-31 januari 2020 voor meta-analyses van gerandomiseerd onderzoek en cohortstudies.
- RESULTATEN** Er was sterke evidentie voor de gunstige effecten van beweging in de behandeling van lichte en matige depressie bij kinderen/adolescenten, volwassenen en ouderen, ernstige depressie, angststoornissen en psychotische stoornissen bij volwassenen en voor het verminderen van ADHD-symptomen bij kinderen. Bewegen verminderde het risico op depressie, angst en in mindere mate psychose en verbeterde de cardiorespiratoire fitheid en slaapkwaliteit bij personen met een psychiatrische aandoening.
- CONCLUSIE** Er is transdiagnostisch wetenschappelijke evidentie voor gunstige effecten van beweeginterventies op psychiatrische en lichamelijke gezondheid.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 936-945

**TREFWOORDEN** beweging, fysieke activiteit, lichamelijke gezondheid, psychiatrische symptomen, systematische review



ARTIKEL



Beweging wordt in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland en Vlaanderen al sinds de jaren 60 voorgeschreven. Terwijl bewegen aanvankelijk vooral werd beschouwd als een gezonde bezigheid, is sinds de eeuwwisseling de evidentie voor het belang van bewegen voor talrijke psychiatrische aandoeningen exponentieel toegenomen. In dit artikel bieden we een overzicht van de recentste meta-analyses van gerandomiseerd onderzoek en cohortstudies bij personen met een psychiatrische aandoening. We gaan

in dit overzichtsartikel dieper in op de meta-analytische evidentie van bewegen in de preventie en behandeling van depressieve stoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, middelenafhankelijkheid, ADHD, autisme en eetstoornissen. We beschrijven ook de belangrijkste aanbevelingen op basis van de bestaande evidentie en formuleren enkele concrete handvatten voor de klinische praktijk.

## METHODEN

### Zoekstrategie

Twee beoordelaars (DV en TVD) onderzochten onafhankelijk van elkaar MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES en Embase, voor de periode 1 januari 2015-31 januari 2020. Op deze manier werd naar de recentste evidentie gezocht. De zoekstrategie bevatte de volgende zoektermen: (systematic review OR meta-analysis OR meta\* OR meta-analytic review) AND (major depression OR depression OR bipolar disorder OR schizophrenia OR psychosis OR psychotic OR anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR post-traumatic stress disorder OR PTSD OR obsessive compulsive disorder OR panic disorder OR alcohol use disorder OR alcohol addiction OR substance use disorder OR drug addiction OR eating disorder OR anorexia\* OR bulimia\* OR binge eating disorder OR ADHD OR attention-deficit hyperactivity disorder OR autism) AND (exercise OR physical activity OR resistance training). De referentielijsten van de artikelen werden eveneens gescreend.

### In- en exclusiecriteria

We includeerden meta-analyses van gerandomiseerd onderzoek naar de evidentie voor bewegen voor een specifieke psychiatrische populatie. Voor de preventieve effecten van bewegen includeerden we meta-analyses van cohortstudies. Meta-analyses die aerobe activiteiten (bijv. wandelen, lopen, fietsen) en/of krachttraining onderzochten, werden geïncludeerd.

Stretchoefeningen en *body-mind* interventies zoals yoga, tai chi en pilates werden geëxcludeerd omdat de effecten van bewegen niet duidelijk onderscheiden kunnen worden van de andere potentieel gunstige componenten zoals ademhalingsoefeningen, ontspanning en aandachtstraining.

Alle meta-analyses waarin minstens 80% van de patiënten gediagnosticeerd werd aan de hand van internationale classificatiesystemen (DSM- of ICD-criteria) werden geïncludeerd. Zowel meta-analyses en cohortstudies die zich richtten op kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen werden geïncludeerd.

### Uitkomstmaten

In dit overzichtsartikel focussen we enkel op de veranderingen in psychiatrische symptomen en de lichamelijke gezondheid, en gaan we slechts beperkt in op de onderliggende mechanismen.

### Data-extractie

Twee beoordelaars (DV en TVD) verzamelden de volgende data uit de meta-analyses: aantal studies, aantal participanten, details van de beweeginterventie, effectgroottes,

## AUTEURS

**DAVY VANCAMPFORT**, psychomotorisch therapeut en wetenschappelijk medewerker, KU Leuven, Departement Revalidatiewetenschappen, en UPC KU Leuven, Kortenberg – Leuven.

**THOMAS SCHEEWE**, hoofddocent en opleidingsmanager werkgebied psychomotorische therapie, Hogeschool Windesheim, Zwolle.

**TINE VAN DAMME**, postdoctoraal onderzoeker, KU Leuven Departement Revalidatiewetenschappen, en UPC KU Leuven, Kortenberg – Leuven.

**JEROEN DEENIK**, postdoc onderzoeker, gezondheidspsycholoog en epidemioloog, GGz Centraal en School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Davy Vancampfort, KU Leuven, Departement Revalidatiewetenschappen, Herestraat 49, 3000 Leuven, België.  
E-mail: davyvancampfort@kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-6-2020

oddsratio's en andere subanalyses, zoals modererende factoren. We kozen voor de behandelingseffecten een samenvatting van de effectgroottes (bijvoorbeeld Hedges' g, gestandaardiseerd gemiddeld verschil) en voor de preventieve effecten een samenvatting van de oddsratio's. In navolging van Cohen (1988) spreken we van een klein effect als de effectgrootte 0,20-0,50 bedroeg, van een matig effect als de effectgrootte 0,50-0,80 was en van een groot effect als de effectgrootte  $\geq 0,80$  was.

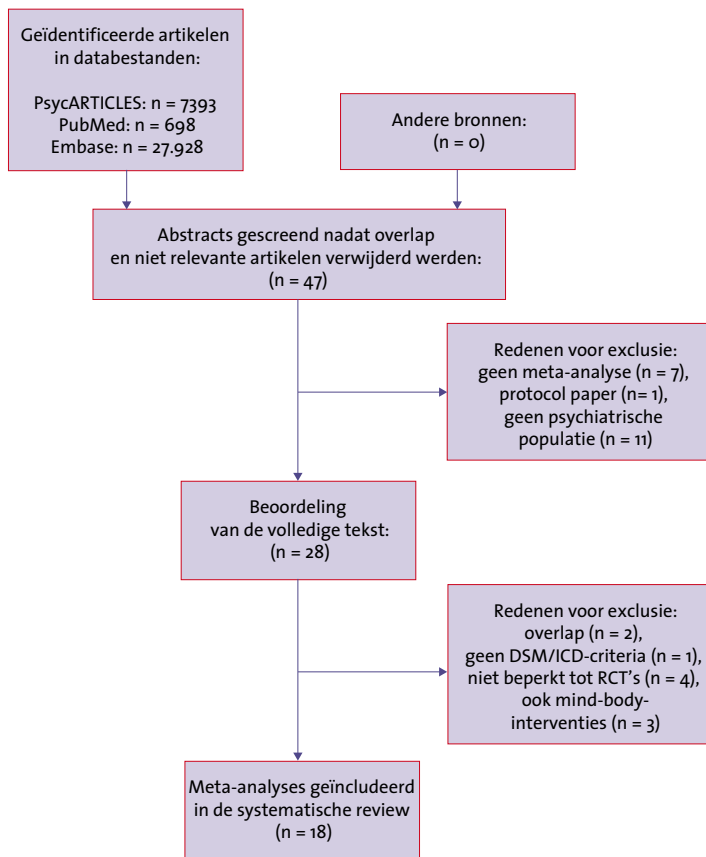
## RESULTATEN

**FIGUUR 1** geeft een overzicht van de zoekresultaten. In totaal werden 18 meta-analyses geïncludeerd. Er was geen onenigheid tussen de beoordelaars, niet bij de zoekstrategie, noch bij de data-extractie. Een samenvatting van de belangrijkste bevindingen geven we in **TABEL 1**.

### Depressieve stoornissen

In de voorbije 5 jaar werden 8 meta-analyses gepubliceerd (Carter e.a. 2016; Kyam e.a. 2016; Schuch e.a. 2016a en b; Krogh e.a. 2017; Bailey e.a. 2018; Miller e.a. 2019; Klil-Drori e.a. 2020) waarin men de effecten van bewegen als behandelinterventie evalueerde. Een meta-analyse van cohortstudies onderzocht de preventieve effecten (Schuch e.a. 2018).

**FIGUUR 1** Stroomdiagram van de geïncludeerde en geëxcludeerde artikelen



**ADOLESCENTEN**

De meest recente en omvattende meta-analyse (Bailey e.a. 2018; 4 RCT's) toonde aan dat beweging depressie bij adolescenten vermindert in vergelijking met de gebruikelijke behandeling (bijv. psychotherapie, medicatie), een wachtlijstconditie of placebo-interventies (bijv. stretchen, psycho-educatie en zeer lichte activiteit). Het gestandaardiseerd gemiddeld verschil (GGV) was -0,95 (95%-BI: -1,37 tot -0,53; groot effect). Er werd geen onderscheid gemaakt in de effectgroottes voor de verschillende vergelijkingscondities. Een meta-analyse (Schuch e.a. 2018; 3 cohortstudies) toonde aan dat bewegen de kans op depressie vermindert met ongeveer 10% over een periode van minstens 1 jaar (OR: 0,91; 95%-BI: 0,84-0,98).

**VOLWASSENEN**

De bestaande meta-analyses verschilden in methodologie (wel/geen correctie voor publicatiebias, toegelaten controlecondities, etc.). Kvam e.a. (2016) includeerden 23 RCT's en vonden dat beweging een matig antidepressief effect had vergeleken met controlecondities (Hedges' g = 0,68), een sterk effect in vergelijking met geen controleconditie (Hedges' g = 1,24)

en een matig effect in vergelijking met de normale behandeling (Hedges' g = 0,68). Er was geen significant verschil bij patiënten met lichte en matige depressie wanneer de effecten van beweging als eerstelijnsinterventie vergeleken werd met de effecten van psychotherapie en/of antidepressiva.

De meta-analyse van Schuch e.a. (2016b) gaf aan dat de grootste effecten gevonden werden wanneer de interventie gesuperviseerd werd door een bewegingsdeskundige (bijv. een psychomotorisch therapeut of fysiotherapeut) (8 RCT's; GGV: 1,54; 95%-BI: 0,51-2,60; groot effect). Indien alle geïncludeerde RCT's samen worden bekeken, dan werden de gunstigste effecten gevonden bij twee tot drie bewegingssessies per week gedurende 45 tot 60 minuten van ten minste een matige intensiteit (verhoogde ademhalingsfrequentie en hartslag).

Wat betreft preventieve effecten toonde een andere meta-analyse (Schuch e.a. 2018; 8 cohortstudies) dat bewegen de kans op depressie verminderde met 22%, over een periode van minstens 1 jaar (OR: 0,78; 95%-BI: 0,70-0,87). De grootste effecten werden vooral bereikt in het eerste uur dat men beweegt per week (ofwel van niets iets gaan doen).

## OUDEREN

Een meta-analyse (Schuch e.a. 2016b) gaf aan dat er, vermoedelijk wegens het beperkt aantal studies, geen significant verschil is tussen de effecten van bewegen en controledcondities bij personen met ernstige depressie (2 RCT's; GGV: -1,88; 95%-BI: 0,44 tot -4,21;  $p = 0,11$ ), maar wel bij personen met een lichte of matige depressie (8 RCT's; GGV: -0,90; 95%-BI: -0,29 tot -1,51; groot effect).

Deze laatste bevindingen werden zeer recent bevestigd in de meta-analyse van Klil-Drori e.a. (2020) (9 RCT's, Hedges'  $g$ : 0,64; 95%-BI: 0,27-1,01;  $p < 0,001$ ; matig effect). Miller e.a. (2019) onderzochten de verschillen in effectgroottes na aerobe training versus weerstandstraining op depressieve symptomen bij ouderen en vonden geen significant verschil (11 RCT's, Hedges'  $g$ : -0,10; 95%-BI: -2,23 tot 2,03). Evidentie waarbij aerobe training direct met weerstandstraining vergeleken wordt, ontbreekt nog. Schuch e.a. (2018) (9 cohortstudies) toonden aan dat bewegen de kans op depressie bij ouderen vermindert met 21% over een periode van minstens 1 jaar (OR: 0,79; 95%-BI: 0,72 tot 0,86).

## Angststoornissen

In twee meta-analyses onderzocht men de effecten van bewegen als behandelmethod (Aylett e.a. 2018; Stubbs e.a. 2018) en in twee meta-analyses beweging als preventie voor de ontwikkeling van angststoornissen (Mc Dowell e.a. 2019; Schuch e.a. 2019).

## ADOLESCENTEN

Er zijn geen meta-analyses over de effecten van bewegen als behandelvorm bij adolescenten met angststoornissen. In hun meta-analyse van cohortstudies vonden Schuch e.a. (2019) dat bewegen het risico op angststoornissen vermindert met 48%. Dit was echter gebaseerd op 1 cohortstudie (OR: 0,52; 95%-BI: 0,30-0,90).

## VOLWASSENEN

In de meest omvattende review (Stubbs e.a. 2018) inclueerde men patiënten met een paniekstoornis (2 RCT's), gegeneraliseerde angststoornis (1 RCT) en PTSS (1 RCT), terwijl in één RCT het effect van bewegen bij een mix van angststoornissen onderzocht werd. In één RCT werd aerobe beweging vergeleken met niet-actieve controledcondities (bijv. normale behandeling, wachtlijst, sociale activiteiten). Beweging verminderde symptomen van angst (GGV: -0,58; 95%-BI: -1,0 tot -0,76;  $p = 0,02$ ; matig effect). Slechts in één studie werd beweging onderzocht als monotherapie. Uit de meta-analyse van cohortstudies (Schuch e.a. 2019) bleek dat bewegen het risico op angststoornissen vermindert met 18,5% (7 cohortstudies; OR: 0,81; 95%-BI: 0,69-0,96). Mc Dowell e.a. (2019) toonden de preventieve effecten voor angstsymptomen (9 cohortstudies; OR: 0,87; 95%-BI:

0,77-0,99), angststoornissen in het algemeen (3 cohortstudies; OR: 0,66; 95%-BI: 0,53-0,82) en gegeneraliseerde angststoornis in het bijzonder (3 cohortstudies; OR: 0,54; 95%-BI: 0,32-0,91).

## OUDEREN

We vonden geen meta-analyses naar de effecten van bewegen als behandelvorm bij ouderen met angststoornissen. De meta-analyse van cohortstudies (Schuch e.a. 2019) toonde aan dat bewegen het risico op angststoornissen verminderde met 41% (3 cohortstudies) (OR: 0,59; 95%-BI: 0,32-1,08), maar dit effect was niet significant ( $p = 0,09$ ).

## Psychotische stoornissen

In drie meta-analyses onderzocht men de voordelen van bewegen bij schizofrenie (Firth e.a. 2015 en 2016; Dauwan e.a. 2016). Alle meta-analyses focusten op volwassenen. Firth e.a. (2015) toonden in de meest omvattende studie op basis van 11 RCT's (leeftijd = 25-52 jaar, mediane ziekte duur 10 jaar) aan dat meer dan 90 minuten bewegen per week op minstens matige intensiteit de globale symptomen verbeterde (GGV: -0,72; 95%-BI: -1,14 tot -0,29; matig effect), en positieve (GGV: -0,54; 95%-BI: -0,95 tot -0,13; matig effect) en negatieve symptomen (GGV: -0,44; 95%-BI: -0,78 tot -0,09; klein effect) verminderde. De controledcondities waren behandeling zoals gebruikelijk, gedragstherapie, tafeltennis, computerspellen, ergotherapie, activiteitenbegeleiding en een wachtlijst.

Een meta-analyse van 7 RCT's (Firth e.a. 2016a) toonde aan dat bewegen ook het globale cognitieve functioneren verbeterde bij personen met een diagnose schizofrenie (Hedges'  $g$ : 0,41; 95%-BI: 0,19-0,64;  $p < 0,001$ ; klein effect).

Een meta-analyse op basis van 4 cohortstudies (50% mannen, mediane follow-up 32 jaar; Brokmeier e.a. 2019) toonde aan dat fysiek actief zijn het risico op het ontstaan van een psychose met 27% vermindert (OR: 0,73; 95%-BI: 0,53-0,99;  $p = 0,05$ ). Een subanalyse die de oddsratio's aanpaste voor mogelijk storende variabelen gaf echter geen significant verschil (gecorrigeerde OR: 0,59; 95%-BI: 0,25-1,38;  $p = 0,23$ ).

## Middelenaafhankelijkheid

Er werd de laatste 5 jaar één meta-analyse over bewegen bij middelenaafhankelijkheid gepubliceerd (Hallgren e.a. 2017). Deze auteurs onderzochten de rol van bewegen bij volwassenen met een alcoholstoornis en kwamen tot de conclusie dat beweging geen effect had op het alcoholgebruik zelf. Zo was er geen reductie in het dagelijks alcoholgebruik na beweeginterventies (2 RCT's; GGV: -0,89; 95%-BI: -2,38 tot 0,61;  $p = 0,24$ ; groot effect). Tevens was er geen significante daling in de totaalscore op de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (2 RCT's; GGV: -0,38; 95%-BI: -0,94 tot

0,18;  $p = 0,18$ ). Wat wel verminderde, waren de comorbide depressieve symptomen (4 RCT's; GGV: -0,87; 95%-BI: -1,49 tot -0,24;  $p < 0,01$ ; groot effect).

### ADHD

Er is één meta-analyse waarin men de effecten van bewegen bij kinderen met ADHD onderzocht (Cerrillo-Urbina e.a. 2015). Vijf RCT's werden geïncludeerd (gemiddelde leeftijd 11 jaar). Controlecondities waren zorg zoals gebruikelijk of gezondheidseducatie. Bewegen verbeterde de aandacht (2 RCT's, GGV: 0,84; 95%-BI: 0,48-1,20; groot effect), verminderde de hyperactiviteit (2 RCT's;  $n = 62$ ; GGV: 0,56; 95%-BI: 0,04-1,08; matig effect), impulsiviteit (2 RCT's; GGV: 0,56; 95%-BI: 0,04-1,08; matig effect) en angstsymptomen (2 RCT's; GGV: 0,66; 95%-BI: 0,13-1,18; matig effect). Ook de executieve functies verbeterden meer door beweging (3 RCT's; GGV: 0,58; 95%-BI: 0,15-1,00; matig effect).

### Andere stoornissen

Voor autisme, eetstoornissen en bipolaire stoornissen was er geen meta-analytische evidentie op basis van RCT's of cohortstudies.

### Voordelen voor lichamelijke gezondheid

Een meta-analyse van 4 RCT's (Firth e.a. 2015) gaf aan dat bij personen met een diagnose schizofrenie aerobe training niet leidt tot een verminderen van de *body mass index* in vergelijking met de controlecondities (gemiddeld verschil: -0,98 kg/m<sup>2</sup>; 95%-BI: -3,17 tot 1,22 kg/m<sup>2</sup>). Wel was er een significante toename in cardiorespiratoire fitheid bij personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (Hedges'  $g$ : 0,33; 95%-BI: 0,21-0,45;  $p < 0,01$ ; klein effect) (Vancampfort e.a. 2017). Ook bij personen met een alcoholstoornis leidde fysieke activiteit tot een verbeterde fysieke fitheid (3 RCT's; GGV: 0,56;  $p = 0,01$ ; matig effect) (Hallgren e.a. 2017). Tot slot gaf één meta-analyse van 8 RCT's (Lederman e.a. 2019) aan dat bewegen de slaapkwaliteit verbeterde bij personen met een psychiatrische aandoening (Hedges'  $g$ : 0,73; 95%-BI: 0,18-1,28;  $p = 0,01$ ; matig effect). Voor andere doelgroepen werden er geen meta-analyses gevonden waarin men de effecten van bewegen op de lichamelijke gezondheid onderzocht.

## DISCUSSIE

### Algemene bevindingen

In deze systematische review onderzochten wij, op basis van recente meta-analyses van gerandomiseerd onderzoek en op basis van cohortstudies, de effecten van bewegen op de psychiatrische symptomen en lichamelijke gezondheid van personen met een psychiatrische aandoening. De belangrijkste bevindingen van deze review waren:

**TABEL 1**    **Overzicht van de recente evidentie o.b.v. meta-analyses voor bewegen ter preventie of in de behandeling van psychiatrische aandoeningen**

Aandoening	Evidentie
<b>Depressie</b>	
Adolescenten en jongeren	o.b.v. 2 MA's: bewegen vermindert depressie o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert risico op depressie
Volwassenen	o.b.v. 4 MA's: – Consistente evidentie: beweging vermindert depressie. – Tentatieve evidentie: beweging heeft vergelijkbare effecten als psychotherapie en antidepressiva. – Betere uitkomsten bij supervisie door bewegingsdeskundige en met minstens matige intensiteit. o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert risico op depressie.
Ouderen	o.b.v. 2 MA's: geen evidentie voor verminderen van depressie bij ernstige depressie, wel voor lichte en matige depressie. o.b.v. 1 MA: geen verschil tussen aerobe en weerstandstraining. o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert risico op depressie.
<b>Angst- en stressstoornissen</b>	
Adolescenten en jongeren	o.b.v. 1 MA: Bewegen vermindert risico op angst.
Volwassenen	o.b.v. 2 MA's: beweging vermindert angst. o.b.v. 2 MA's: bewegen vermindert risico op angst.
Ouderen	o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert risico op angst; niet significant.
Psychotische stoornissen	o.b.v. 2 MA's: bewegen vermindert positieve en negatieve symptomen. o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert risico op psychose; niet significant gezien alle storende variabelen.
Alcoholstoornissen	o.b.v. 1 MA: – Geen evidentie voor effect van bewegen op alcoholgebruik zelf. – Bewegen vermindert risico op comorbide depressie.
ADHD (bij kinderen)	o.b.v. 1 MA: bewegen vermindert hyperactiviteit, impulsiviteit en angst en verbetert aandacht, executieve en sociale functies.

MA: meta-analyse; RCT: gerandomiseerde gecontroleerde trial.



Opmerkingen bij de evidentie	Aanbevelingen o.b.v. evidentie
<p>&lt; 5 RCT's en &lt; 200 deelnemers. o.b.v. 2 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegen lijkt zinvol als aanvullende behandeling.</li> <li>2. Voorlichting over de effecten van bewegen op voorkomen van depressie lijkt aangewezen.</li> </ol>
<p>&gt; 35 RCT's, maar weinig grote trials (&gt; 150 deelnemers)  o.b.v. 8 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegen zou eerstekeuzebehandeling moeten zijn voor lichte en matige depressie.</li> <li>2. Verwijzingsmogelijkheden voor artsen/psychiaters van patiënten met lichte en matige depressie naar bewegingsdeskundigen (fysiotherapeuten of psychomotorisch therapeuten) zijn nodig.</li> <li>3. Bewegen is zinvol als aanvullende behandeling bij ernstige depressie.</li> <li>4. Voorlichting over de effecten van bewegen op voorkomen van depressie is aangewezen.</li> </ol>
<p>Slechts 2 RCT's bij ernstige depressie en 9 bij lichte en matige depressie.  o.b.v. 9 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Te beperkte evidentie voor aanbeveling over beweging als behandelvorm bij ernstige depressie.</li> <li>2. Bewegen is zinvol als aanvullende behandeling bij lichte en matige depressie.</li> <li>3. Voorlichting over de effecten van bewegen op voorkomen van depressie is aangewezen.</li> </ol>
<p>o.b.v. 1 cohortstudie</p>	<p>Te weinig evidentie voor aanbeveling.</p>
<p>o.b.v. 6 RCT's, maar slechts 1 RCT monotherapie o.b.v. &gt;15 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegen lijkt zinvol als aanvullende behandeling.</li> <li>2. Voorlichting over de effecten van bewegen op voorkomen van angst is aangewezen.</li> </ol>
<p>o.b.v. 3 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geen evidentie voor aanbeveling voor beweging als behandelvorm bij angststoornissen.</li> <li>2. Geen evidentie voor voorlichting over effecten van bewegen op voorkomen van angst.</li> </ol>
<p>&lt; 10 RCT's, geen MA bij eerste episode psychose  o.b.v. 4 cohortstudies</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegen is zinvol als aanvullende behandeling.</li> <li>2. Onvoldoende evidentie voor voorlichting over effecten van bewegen op voorkomen van psychose.</li> </ol>
<p>&lt;5 RCT's en &lt;200 deelnemers.</p>	<p>Te beperkte evidentie voor aanbeveling over beweging als behandelvorm voor alcoholstoornissen.</p>
<p>o.b.v. 5 RCT's</p>	<p>Bewegen lijkt zinvol als aanvullende behandeling.</p>

- Er is sterke evidentie om bewegen te beschouwen als een eerstelijnsinterventie bij personen met lichte en matige depressie. Bewegen heeft immers gunstige effecten vergelijkbaar met die van psychotherapie of antidepressiva.
- Er is sterke evidentie die de meerwaarde van bewegen aantoonst bij volwassenen met ernstige depressie, angststoornissen en psychotische stoornissen.
- Er is sterke evidentie voor de meerwaarde van bewegen in het verminderen van depressie bij jongeren.
- Er is sterke evidentie dat beweging geen effect heeft op het alcoholgebruik, maar wel comorbide depressieve symptomen vermindert bij personen met een alcoholstoornis.
- Er is evidentie op basis van cohortstudies dat bewegen het risico op depressie en angststoornissen vermindert.
- Er is sterke evidentie dat bewegen de aandacht verbetert en matige evidentie dat het hyperactiviteit, impulsiviteit en angstsymptomen vermindert en executieve functies verbetert bij kinderen met ADHD.
- Er is matige evidentie voor de gunstige effecten van bewegen op de cardiorespiratoire fitheid bij personen met ernstige psychiatrische aandoeningen en alcoholstoornissen.
- Er is matige evidentie voor de gunstige effecten van bewegen op de slaapkwaliteit bij personen met psychiatrische aandoeningen.

Naast het verminderen van psychiatrische symptomen is de meerwaarde van bewegen met andere woorden dat het eveneens lichamelijke gezondheidswinst met zich meebrengt, voornamelijk een verbetering van de cardiorespiratoire fitheid en slaapkwaliteit. De combinatie van deze voordelen is klinisch zeer relevant. Slaapproblemen worden bijvoorbeeld gerapporteerd bij 90% van de patiënten met psychiatrische stoornissen (Breslau e.a. 1996) en gaan gepaard met belangrijke cardiometabole risico's (Troxel e.a. 2010).

Metastudies laten bovendien transdiagnostisch een associatie zien tussen psychiatrische aandoeningen en een 1,4 tot 2,0 hoger risico op obesitas, diabetes en cardiovasculaire aandoeningen, vergeleken met de mensen zonder psychiatrische aandoening (Firth e.a. 2019). Deze cardiometabole aandoeningen zijn de belangrijkste risicofactor voor vroegtijdig overlijden bij personen met psychiatrische symptomen ten opzichte van de algemene bevolking (Swaraj e.a. 2019). Er zijn sterke aanwijzingen dat naast de cardiorespiratoire fitheid beweeginterventies ook meer (langetermijn)effect kunnen hebben op lichamelijke gezondheidsuitkomsten wanneer gecombineerd met aandacht voor andere leefstijlgerichte factoren zoals voeding (Deenik e.a. 2019a; Teasdale e.a. 2019).

Wanneer we kijken naar de modererende factoren van de gunstige effecten van bewegen, dan kunnen de volgende aanbevelingen geformuleerd worden.

- Er is sterke evidentie dat men de beste effecten bij personen met depressie bereikt wanneer beweging gesuperviseerd wordt door gekwalificeerde bewegingsdeskundigen (bijv. psychomotorisch therapeuten of fysiotherapeuten).
- Er is matige evidentie dat bij personen met een diagnose schizofrenie 90 minuten per week bewegen met matige intensiteit leidt tot het verminderen van de positieve symptomen.
- Er zijn indicaties dat voor de preventie van depressie gunstige effecten vooral bereikt worden in het eerste uur per week dat men fysiek actief is.
- Er is qua effectgrootte geen verschil tussen aerobe training en weerstandstraining. De laatste is echter veel minder onderzocht en voorbehoud is nodig.

### Onderliggende mechanismen

Over de onderliggende mechanismen van de gunstige effecten van bewegen is steeds meer bekend. Hoewel dit niet de focus was van deze review, gaan we er kort op in. Er zijn indicaties dat bewegen de niveaus van neurotrofe factoren, in het bijzonder brain-derived neurotrofe factoren (BDNF) verhoogt. Dit is voornamelijk onderzocht bij personen met depressie (Kallies e.a. 2019) en psychotische stoornissen (Firth e.a. 2017). Neurotrofe factoren dragen bij aan het overleven van neuronen en aan neuronale plasticiteit (Park & Poo 2013). Meer onderzoek is echter nodig (Dinoff e.a. 2018).

Tevens zijn er indicaties dat de anti-inflammatoire effecten van beweging de gunstige effecten kunnen verklaren. Onderzoek naar de effecten van bewegen op immunologische parameters en de relatie met bijvoorbeeld depressie staat nog in zijn kinderschoenen, maar is veelbelovend (Morgan e.a., 2018).

Bij personen met een diagnose schizofrenie werden de effecten van bewegen op de hersenvolumes onderzocht. Een eerste Duitse studie uit 2010 toonde zeer grote effecten op de hippocampus aan met volumetoenames tot bijna 20% (Pajonk e.a. 2010). Echter, deze bevindingen zijn in daaropvolgende studies niet in deze mate gerepliceerd (Firth e.a. 2018). Een andere studie bij patiënten met schizofrenie toonde aan dat bewegen de connectiviteit in de hersenen verbetert, vooral in de witte hersenmassa (Svatkova e.a. 2015). Er werd een sterk verband gevonden tussen hersenvolumeveranderingen en een verbeterde cardiorespiratoire fitheid (Svatkova e.a. 2015).

Bij personen met angststoornissen zijn de onderliggende neurobiologische mechanismen minder onderzocht,

maar deze wijzen in de richting van een effect op noradrenaline, serotonine en gamma-aminoboterzuur (vaak afgekort als GABA) (Maddock e.a. 2016; Herring e.a. 2018). GABA is de belangrijkste remmende neurotransmitter in het centrale zenuwstelsel.

Naast de neurobiologische factoren is er ook een aantal belangrijke psychosociale mechanismen die een rol spelen (Kandola e.a. 2019). Er is wetenschappelijke evidentie dat een verbetering van het lichaamsbeeld (Bassett-Gunter e.a. 2017), het zelfvertrouwen (Liu e.a. 2015) en de sociale verbondenheid (Gross e.a. 2016) in belangrijke mate de gunstige psychologische effecten kunnen verklaren.

## Beperkingen

De bevindingen van onze review dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. In de RCT's die geanalyseerd werden in de meta-analyses includeerde men vaak een beperkt aantal patiënten, wat vragen doet rijzen naar de generaliseerbaarheid van de bevindingen voor de alledaagse klinische praktijk. Daarnaast is de evidentie van bewegen voor diverse psychiatrische aandoeningen nog steeds beperkt. Ook bij kinderen en adolescenten met psychiatrische aandoeningen is er nog meer onderzoek nodig. Onderzoek naar beweginginterventies in de behandeling van psychiatrische aandoeningen bij kinderen en adolescenten is in het bijzonder belangrijk daar de doel-

treffendheid van farmacotherapie bij deze populatie zeer beperkt is en bovendien vaak ernstige bijwerkingen heeft (Cipriani e.a. 2016). Voor duurzame inbedding van beweginginterventies kan meer inzicht in implementatiefactoren in de dagelijkse praktijk, inclusief eventuele ongewenste effecten (*adverse events*) en kosteneffectiviteit nuttig zijn.

## CONCLUSIE

Ondanks de genoemde beperkingen besluiten wij dat fysieke activiteit een belangrijke meerwaarde biedt in de behandeling van diverse psychiatrische aandoeningen. Bij lichte tot matige depressie zouden bewegingsinterventies ingezet moeten worden als eerstelijnsbehandeling. Er is daarnaast sterke evidentie voor de gunstige effecten van bewegingsinterventies in de multidisciplinaire behandeling van ernstige depressie bij kinderen en volwassenen. Tevens is er evidentie voor de gunstige effecten van beweging in de multidisciplinaire behandeling van volwassenen met angststoornissen, psychotische stoornissen en bij kinderen met ADHD. Tot slot is er sterke evidentie voor de preventieve effecten van bewegen bij depressie, angst en in mindere mate psychose. Naast effecten op geestelijke gezondheid heeft bewegen ook belangrijke effecten op lichamelijke gezondheid, door het verbeteren van de cardiorespiratoire fitheid en slaapkwaliteit.

## LITERATUUR

- Aylett E, Small N, Bower P. Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice - a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 559.
- Bailey AP, Hetrick SE, Rosenbaum S, Purcell R, Parker AG. Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med* 2018; 48: 1068-83.
- Bassett-Gunter R, McEwan D, Kamarhie A. Physical activity and body image among men and boys: a meta-analysis. *Body Image* 2017; 22: 114-28.
- Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 411-8.
- Brokmeier LL, Firth J, Vancampfort D, Smith L, Deenik J, Rosenbaum S, e.a. Does physical activity reduce the risk of psychosis? A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Psychiatry Res* 2019; doi: 10.1016/j.psychres.2019.112675.
- Carter T, Morris ID, Meade O, Callaghan P. The effect of exercise on depressive symptoms in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 580-90.
- Cerrillo-Urbina AJ, Garcia-Hermoso A, Sanchez-Lopez M, Pardo-Guijarro MJ, Santos Gomez JL, Martinez-Vizcaino V. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and metaanalysis of randomized control trials. *Child Care Health Dev* 2015; 41: 779-88.
- Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, e.a. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 881-90.
- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Routledge Academic; 1988.
- Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise improves clinical symptoms, quality of life, global functioning, and depression in schizophrenia: a systematic review and metaanalysis. *Schizophr Bull* 2016; 42: 588-99.

- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Rutters F, Hendriksen IJM, van Harten PN. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophr Res* 2019; 204: 360-7.
- Dinoff A, Herrmann N, Swardfager W, Gallagher D, Lancotot KL. The effect of exercise on resting concentrations of peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in major depressive disorder: a meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018; 105: 123-31.
- Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med* 2015; 45: 1343-61.
- Firth J, Stubbs B, Rosenbaum S, e.a. Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2016a; 43: 546-56.
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczyński P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016b; 46: 2869-81.
- Firth J, Cotter J, Carney R, Yung AR. The pro-cognitive mechanisms of physical exercise in people with schizophrenia. *Br J Pharmacol* 2017; 174: 3161-72.
- Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, e.a. Effect of aerobic exercise on hippocampal volume in humans: a systematic review and meta-analysis. *Neuroimage* 2018; 166: 230-8.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675-712. Gross J, Vancampfort D, Stubbs B, Gorczyński P, Soundy A. A narrative synthesis investigating the use and value of social support to promote physical activity among individuals with schizophrenia. *Disabil Rehabil* 2016; 38: 123-50.
- Hallgren M, Vancampfort D, Giesen ES, Lundin A, Stubbs B. Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017; 51: 1058-64.
- Herring M. Exercise for the management of anxiety and stress-related disorders. In: Stubbs B, Rosenbaum S, red. *Exercise based interventions for mental illness: physical activity as part of clinical treatment*. London: Elsevier; 2018.
- Kallies G, Rapp MA, Fydrich T, e.a. Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) at rest and after acute aerobic exercise in major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2018; 102: 212-5.
- Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 107: 525-39.
- Klil-Drori S, Klil-Drori AJ, Pira S, Rej S. Exercise intervention for late-life depression: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2020; doi: 10.4088/JCP.19r12877.
- Krogh J, Hjorthoj C, Speyer H, Gluud C, Nordentoft M. Exercise for patients with major depression: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *BMJ Open* 2017; 7: e014820.
- Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2016; 202: 67-86.
- Lederman O, Ward PB, Firth J, e.a. Does exercise improve sleep quality in individuals with mental illness? A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2019; 109: 96-106.
- Liu M, Wu L, Ming Q. How does physical activity intervention improve self-esteem and self-concept in children and adolescents? Evidence from a meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10: e0134804.
- Maddock RJ, Casazza GA, Fernandez DH, Maddock MI. Acute modulation of cortical glutamate and GABA content by physical activity. *J Neurosci* 2016; 36: 2449-57.
- McDowell CP, Dishman RK, Gordon BR, Herring MP. Physical activity and anxiety: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Prev Med* 2019; 57: 545-56.
- Miller KJ, Gonçalves-Bradley DC, Areerob P, Hennessy D, Mesagno C, Grace F. Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Ageing Res Rev* 2019; 58: 100999.
- Morgan JA, Olagunju AT, Corrigan F, Baune BT. Does ceasing exercise induce depressive symptoms? A systematic review of experimental trials including immunological and neurogenic markers. *J Affect Disord* 2018; 234: 180-92.
- Pajonk FG, Wobrock T, Gruber O, e.a. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 133-43.
- Park H, Poo MM. Neurotrophin regulation of neural circuit development and function. *Nat Rev Neurosci* 2013; 14: 7-23.
- Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* 2016a; 77: 42-51.
- Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, e.a. Exercise for depression in older adults: a meta analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Rev Bras Psiquiatr* 2016b; 38: 247-54.
- Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, e.a. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 631-48.
- Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, e.a. Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety* 2019; 36: 846-58.

- Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S, e.a. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: a meta-analysis. *Psychiatry Res* 2017; 249: 102-8.
- Svatkova A, Mandl RC, Scheewe TW, Cahn W, Kahn RS, Hulshoff Pol HE. Physical exercise keeps the brain connected: biking increases white matter integrity in patients with schizophrenia and healthy controls. *Schizophr Bull* 2015; 41: 869-78.
- Swaraj S, Wang M, Chung D, e.a. Meta-analysis of natural, unnatural and cause-specific mortality rates following discharge from in-patient psychiatric facilities. *Acta Psychiatr Scand* 2019; 140: 244-64.
- Teasdale SB, Curtis J, Ward PB, e.a. The effectiveness of the Keeping the Body in Mind Xtend pilot lifestyle program on dietary intake in first-episode psychosis: Two-year outcomes. *Obes Res Clin Pract* 2019; 13: 214-6.
- Troxel WM, Buysse DJ, Matthews KA, e.a. Sleep symptoms predict the development of the metabolic syndrome. *Sleep* 2010; 33: 1633-40.
- Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch F, Ward PB, Richards J, Mugisha J, Probst M, Stubbs B. Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2017; 47: 343-52.

## SUMMARY

# The efficacy of physical activity on psychiatric symptoms and physical health in people with psychiatric disorders: a systematic review of recent meta-analyses

D. VANCAMPFORT, TH. SCHEEWE, T. VAN DAMME, J. DEENIK

- BACKGROUND** Physical activity (PA) has been introduced in the sixties as standard care in the mental health care systems of The Netherlands and Belgium.
- AIM** To summarize the recent meta-analytic evidence of PA in the prevention and treatment of depressive disorders, anxiety disorders, psychotic disorders, bipolar disorders, substance use disorders, ADHD, autism, and eating disorders.
- METHOD** MEDLINE/PubMed, PsycARTICLES and Embase were searched from January 1st, 2015 until January 31st, 2020 for meta-analyses of randomized controlled trials and cohort studies.
- RESULTS** There is strong evidence for the beneficial effects of PA in the treatment of mild and moderate depression in children / adolescents and adults, severe depression, anxiety disorders and psychotic disorders in adults and reductions in ADHD-symptoms in children. PA reduces the risk for depression, anxiety and to a lesser extent also psychosis. PA also improves cardiorespiratory fitness and quality of sleep in people with a psychiatric disorder.
- CONCLUSION** There is trans-diagnostic scientific evidence for the beneficial effects of PA on psychiatric symptoms and physical health in people with a psychiatric disorder.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 936-945

**KEY WORDS** exercise, physical activity, physical health, psychiatric symptoms, systematic review

# Roken in de psychiatrie; van doodnormaal naar ‘stop ermee’

J.M. VERMEULEN, W. VAN DEN BRINK



Roken is jarenlang de norm geweest in de psychiatrie: bijna iedereen rookte, zowel patiënten als behandelaars. Normaal gesproken dient men bij iedere intake of opname te screenen op intoxicaties, waaronder roken. Een stoornis in het gebruik van tabak wordt al langere tijd gezien als een psychiatrische aandoening, zo ook in de DSM-5 (APA 2013). In de praktijk wordt een stoornis in het gebruik van tabak echter nog steeds maar zelden expliciet gediagnosticeerd en de stoornis wordt ook nog nauwelijks behandeld (Vermeulen e.a. 2019).

## Extra inspanning nodig

Samen roken, rookwaar in het kerstpakket voor patiënten en het uitdelen van gratis rookwaar aan opgenomen patiënten zijn jarenlang doodnormaal geweest. Roken was de norm en wordt nog steeds op het terrein van veel ggz-instellingen in Nederland toegestaan. Een review toonde aan dat veel ggz-professionals barrières ervaren om stoppen-met-rokeninterventies aan te bieden en/of een negatieve instelling hebben over een behandeling gericht op minder roken/stoppen met roken (Sheals e.a. 2016). Barrières bestaan onder andere uit een gebrek aan kennis en kunde over minder roken of stoppen, een gebrek aan structureel behandel aanbod en het eigen rookgedrag van zorgprofessionals.

Bovendien zijn praktische zaken zoals de combinatie van pleisters en tabletten als nicotinevervangers en het gebruik van hoge startdoseringen van pleisters (begin met 21 mg) lang niet altijd bekend in de ggz. Scholing blijkt de attitude en het handelen van zorgverleners positief te beïnvloeden (Bittoun e.a. 2014). Voor de meeste drugs geldt dat gebruik ervan tijdens behandeling in de ggz wordt ontmoedigd (geen gebruik op de afdeling), dat men zich richt op langdurige abstinentie en dat indien nodig een verwijzing naar de verslavingszorg wordt georganiseerd voor ontgiftiging, terugvalpreventie of substitutiebehandeling. Wat maakt dat gezondheidszorgprofessionals roken zo anders benaderen dan alcohol of cannabis?

De somatische complicaties door roken en vroegtijdige sterfte aan de gevolgen ervan zijn onomstotelijk bewezen. De bewijzen voor roken als risicofactor voor het krijgen van psychiatrische aandoeningen en verslechteren daar-

van zijn ondertussen overweldigend (Firth e.a. 2020). Roken is geen effectieve copingstrategie en ook geen vorm van effectieve medicatie of zelfmedicatie tegen cognitieve stoornissen of negatieve symptomen bij patiënten met schizofrenie. Integendeel, roken lijkt bij deze groep alleen maar tot verslechtingen te leiden (Vermeulen e.a. 2018). Een stoornis in het gebruik van tabak is een neurobiologische aandoening waar patiënten met een psychiatrische aandoening extra kwetsbaar voor zijn. Bovendien laten behandelstudies zien dat stoppen met roken extra moeilijk is voor deze groep en er zijn gemiddeld meer stoppogingen nodig (Gilbody e.a. 2019).

We moeten ons om al deze redenen dus extra inspannen om de shift van roken naar niet-roken in de ggz voor elkaar te krijgen. We bespreken verschillende domeinen aan de hand van recente literatuur die hierover verschenen is.

## Professionals

Kennis over roken en psychiatrische aandoeningen komt niet of nauwelijks aan bod in de opleiding tot verpleegkundige of psychiater. Voorlichting aan ggz-professionals over mythes aangaande de etiologie, gezondheidsrisico's en de 'voors' en 'tegens' van behandeling en/of ontmoedigingsacties kan het draagvlak vergroten om de praktijk te veranderen (Schroeder 2016; Thomas & Richmond 2017).

## Patiëntenzorg

Internationaal gezien is er een wens om de behandeling van roken integraal onderdeel te maken van de behandeling van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) (Schroeder 2016). Speerpunten daarbij zijn het vergroten van de motivatie om minder te roken of te stoppen via motiverende gespreksvoering, psycho-educatie en gedragstherapie individueel of in groepen; interventies die niet alleen effectief, maar ook kosteneffectief zijn (Li e.a. 2020; Vermeulen e.a. 2020).

Ook farmacotherapie (o.a. nicotinevervangers, varenicline en bupropion) is bewezen effectief bij het stoppen met roken bij patiënten met een EPA (Siskind e.a. 2020). In de toekomst is er hopelijk ook gepersonaliseerde zorg mogelijk (Dom e.a. 2018). Daarbij kan bijvoorbeeld gebruikge maakt worden van variaties in nicotinereceptorgenen

en verschillen in nicotinemetabolisatie door CYP-enzymen in de lever voor een gepersonaliseerde - en daarmee effectievere - behandeling.

Ultimum remedium is de inzet van e-sigaretten wanneer stoppen met roken van sigaretten niet lukt (Caponnetto e.a. 2013). Op de korte termijn is het gebruik van geregistreerde e-sigaretten (zonder 'smaakjes') aanzienlijk minder schadelijk dan het roken van tabak (Polosa e.a. 2017). Dat neemt echter niet weg dat er steeds meer geëxperimenteerd wordt met zelf gefabriceerde 'liquids' of toegevoegde stoffen die al op korte termijn schadelijk of zelfs dodelijk kunnen zijn (Layden e.a. 2020). Daarnaast is er nog weinig bekend over de gezondheidseffecten van e-sigaretten op de lange termijn. Terugval naar het roken van sigaretten is bij e-sigaretgebruik zeer reëel doordat de verslaving aan nicotine die aan de liquids wordt toegevoegd, blijft bestaan en men de handeling niet afleert.

Behandeling van roken als integraal onderdeel van een ambulante behandeling is in Engeland al onderzocht (Gilbody e.a. 2019). In Nederland is recent subsidie toegekend om verder onderzoek te doen naar de effectiviteit en implementatie van stoppen-met-rokenzorg voor patiënten met EPA binnen ambulante zorgkaders.

### Zorginstellingen

Net zoals er afdelingsregels bestaan over het gebruik van alcohol, is het nuttig gebleken om ook structurerende afspraken te maken over het gebruik van rookwaar door patiënten en medewerkers op de afdeling. Het ontmoedigen van roken kan variëren van het maken van afdelingsregels over het niet roken door patiënten en medewerkers en het niet verstrekken van tabak tot het verbannen van roken op het terrein rond een ziekenhuis of ggz-instelling. Het maken van afspraken over wel of niet roken, door wie en waar, brengt andere discussies aan het licht. Zo kunnen roken uit verveling, roken na stressvolle momenten en roken als uiting van autonomie allemaal uitingen zijn van verslavingsgedrag, waarbij verminderde impulscontrole, sterke hunkering en ongezonde copingvaardigheden centraal staan. Het is dus van groot belang om gezonde alternatieven aan te bieden (een zuigtablet, fruit of een sportmoment) en gezond gedrag te trainen en te valideren.

De eerste rookvrije psychiatrische ziekenhuisterreinen zijn in Nederland inmiddels een feit, inclusief gesloten afdelingen. Niet alleen ontmoedigt dit het roken ('zien roken doet roken') en bevordert dit direct mobilisatie (verder lopen om te kunnen roken, patiënten komen eerder uit bed), de belangrijkste gezondheidsreden om hiervoor te kiezen is het voorkómen van blootstelling aan 'tweedehands' tabaksrook, die ook bij het roken voor de deur in een ziekenhuis terechtkomt (Gual e.a. 2013).

### AUTEURS

**JENTIEN M. VERMEULEN**, postdoc en arts in opleiding tot psychiater, afd. Psychiatrie, A-UMC, locatie AMC, Amsterdam,

**WIM VAN DEN BRINK**, arts-epidemioloog en emeritus hoogleraar Verslavingszorg, A-UMC, locatie AMC, Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.M. Vermeulen.

E-mail: j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-9-2020.

### TITLE IN ENGLISH

Smoking in psychiatry: from smoking as the norm to 'just stop it'

Binnenkort publiceert de NVvP een handleiding 'Rookvrije geestelijke gezondheidszorg in de context van verplichte zorg', een bundeling van de wetenschappelijke inzichten en praktische tips over dit onderwerp. Hierin wordt onder andere besproken hoe om te gaan met gedwongen opgenomen patiënten die niet de mogelijkheid hebben om naar buiten te gaan en geen keus meer hebben om wel of niet te roken.

### Maatschappij

Strikte overheidsregels over de prijs en het aantal verkooppunten van tabak is aantoonbaar effectief in het reduceren van de prevalentie van roken. Onder het bewind van staatssecretaris Paul Blokhuis is de oorlog tegen roken gestart, prijsverhogingen zullen nu jaarlijks worden doorgevoerd. Het doel is om in 2040 in de algemene bevolking een prevalentie van 5% rokers te hebben tegenover de recente 17%. Met het huidige gebrek aan financiering om rookvrije zorg te stimuleren, lopen patiënten met een psychiatrische aandoening echter een groot risico om tot die laatste 5% te behoren. In Australië en de vs bleek dat de prevalentie van roken in deze groep ook na forse prijsstijgingen gelijk bleef (Dickerson e.a. 2018). Dit kan grote gevolgen hebben voor de fysieke, mentale en financiële gezondheid van patiënten met een psychiatrische aandoening.

### Conclusie

Wetenschappelijke literatuur, de klinische praktijk en onze persoonlijke ervaring leren dat een verslaving aan roken weerbarstig is en dat is nog sterker het geval in de

psychiatrie en is misschien wel het allermoeilijkst bij patiënten met EPA (Rasmussen e.a. 2018). Het is belangrijk om daarbij de conclusie van een patiënt verderop in dit nummer in gedachten te houden: 'het moment van craving en ontwenning is bijzonder vervelend, maar de ervaring achteraf dat men zonder kan is een hoopvolle ervaring'. Zijn verhaal staat symbool voor de transitie die behandelaren, organisaties en de overheid kunnen en moeten maken: niet-roken wordt het 'nieuwe normaal'.

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5): American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- Bittoun R, Barone M, Mendelsohn CP, Elcombe EL, Glozier N. Promoting positive attitudes of tobacco-dependent mental health patients towards NRT-supported harm reduction and smoking cessation. *Aust NZ J Psychiatry* 2014; 48: 954-6.
- Caponnetto P, Auditore R, Russo C, Cappello GC, Polosa R. Impact of an electronic cigarette on smoking reduction and cessation in schizophrenic smokers: A prospective 12-month pilot study. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10: 446-61.
- Dickerson F, Schroeder J, Katsafanas E, Khushalani S, Origoni AE, Savage C, e.a. Cigarette smoking by patients with serious mental illness, 1999-2016: an increasing disparity. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 147-53.
- Dom G, van den Brink W, Schellekens A. Gepersonaliseerde behandeling bij stoornissen in het gebruik van alcohol en tabak. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 166-73.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World psychiatry* 2020; 19: 360-80.
- Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S, e.a. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 379-90.
- Gual A, Saltó E, Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, Sureda X, Fernández E. Second-hand smoke in mental healthcare settings: time to implement total smoke-free bans? *Int J Epidemiol* 2013; 42: 886-93.
- Layden JE, Ghinai I, Pray I, Kimball A, Layer M, Tenforde MW, e.a. Pulmonary illness related to e-cigarette use in Illinois and Wisconsin. *New Engl J Med* 2020; 382: 903-16.
- Li J, Fairhurst C, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Hewitt C, e.a. Cost-effectiveness of a specialist smoking cessation package compared with standard smoking cessation services for people with severe mental illness in England: a trial-based economic evaluation from the SCIMITAR+ study. *Addiction* 2020; doi: 10.1111/add.15086.
- Polosa R, Cibella F, Caponnetto P, Maglia M, Prosperini U, Russo C, e.a. Health impact of E-cigarettes: a prospective 3.5-year study of regular daily users who have never smoked. *Sci Rep-Uk* 2017; 7: 13825.
- Rasmussen M, Klinge M, Krogh J, Nordentoft M, Tønnesen H. Effectiveness of the Gold Standard Programme (GSP) for smoking cessation on smokers with and without a severe mental disorder: a Danish cohort study. *BMJ open* 2018; 8: e021114.
- Schroeder SA. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. *World Psychiatry* 2016; 15: 175-6.
- Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction* 2016; 111: 1536-53.
- Siskind DJ, Wu BT, Wong TT, Firth J, Kisely S. Pharmacological interventions for smoking cessation among people with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 762-74.
- Thomas M, Richmond R. Addressing the arguments against implementation of smoke-free policies in psychiatric facilities. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24: 322-31.
- Vermeulen JM, Doedens P, Schirmbeck F, van den Brink W, de Haan L. Implementatie van een stoppen-met-rokenprogramma in een psychiatrisch ziekenhuis: eerste resultaten. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 266-73.
- Vermeulen JM, Schirmbeck F, Blankers M, van Tricht M, Bruggeman R, van den Brink W, e.a. Association between smoking behavior and cognitive functioning in patients with psychosis, siblings, and healthy control subjects: results from a prospective 6-year follow-up study. *Am J Psychiatr* 2018; 175: 1121-8.
- Vermeulen JM, van Rooijen G, van Tricht MJ, van Dijk M, de Haan L. Measuring process indicators and adverse events to assess the quality of care for inpatients with psychosis. *J Ment Health* 2019; doi: 10.1080/09638237.2019.1677866.



# Slaap: de basis voor een gezonde leefstijl

M. LANCEL, M.M. VAN VEEN, I.H.M.J.C. VERBEEK

- ACHTERGROND** In de psychiatrie is de plaats van slaap als beïnvloedbare leefstijlfactor nog niet vanzelfsprekend.
- DOEL** Vergroten van kennis over slaap als gezondheidsbepalende factor.
- METHODE** Beschrijven van normale slaap, effecten van verstoorde slaap en leefstijladviezen om gezonde slaap te bevorderen.
- RESULTATEN** Verstoorde slaap heeft een negatieve impact op lichamelijke en psychische gezondheid. Gerichte leefstijladviezen kunnen slaap actief verbeteren, hetgeen positieve gevolgen kan hebben op meerdere gebieden.
- CONCLUSIE** Vanuit preventief en behandelooptpunt lijken interventies ter optimalisatie van slaap in de psychiatrie veelbelovend.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 949-954

**TREFWOORDEN** leefstijlinterventie, psychiatrie, slaap



ARTIKEL



Slaap speelt een essentiële rol in vele fysiologische processen, zoals groei en ontwikkeling, herstel van energiehuishouding en immuunsysteem. Specifiek van belang voor de psychiatrie is de functie van slaap in het reguleren van informatieverwerking, cognities, emoties en gedrag.

In de snel groeiende aandacht voor leefstijl ligt de nadruk op verbetering van gewoonten rond lichaamsbeweging, voeding en middelengebruik, en minder op slapen. Zo komt in een recente meta-analyse van leefstijlinterventies bij mensen met psychiatrische aandoeningen het woord slaap niet voor (Speyer e.a. 2019). Dit is opvallend aangezien gezond slapen mede afhankelijk is van gedrag en een belangrijke voorwaarde vormt voor optimaal functioneren.

In dit essay geven wij, aan de hand van (recente) literatuur, een overzicht van normale slaap, de effecten van verstoorde slaap op lichamelijke en geestelijke gezondheid, en leefstijladviezen die helpen de slaap te optimaliseren.

## Normale en verstoorde slaap bij volwassenen

Slaap bestaat uit *non-rapid eye movement* (NREM)-slaap en REM-slaap. NREM-slaap wordt gekenmerkt door gesynchroniseerde neuronale activiteit, in het elektro-encefalogram (EEG) gereflecteerd door golven met een relatief hoge

amplitude en lage frequentie. NREM-slaap wordt onderverdeeld in 3 stadia: N1 en N2 zijn lichte slaapstadia, N3 is diepe slaap. REM-slaap wordt gekarakteriseerd door gedesynchroniseerde hersenactiviteit die lijkt op waak-EEG, maar met typische oogbewegingen en spieratonie. NREM- en REM-slaap wisselen elkaar af, vormen cycli van 90-110 minuten (FIGUUR 1). In de eerste helft van de slaaperiode overheerst diepe slaap, terwijl de tweede helft gedomineerd wordt door lichtere slaapen lange REM-slaapepisoden. De slaapduur varieert sterk tussen mensen, is gemiddeld 7-7,5 uur, waarvan circa 50% lichte slaap, 25% diepe slaap en 25% REM-slaap. Met het stijgen der jaren neemt de slaapduur af, wordt de slaap minder diep en vaker onderbroken door waakperioden.

Het bekendste slaapregulatiemodel is het tweeprocessenmodel (Borbély e.a. 2016). Hoe langer we wakker zijn, hoe hoger de slaapdruk wordt en hoe makkelijker we inslapen. De timing van slaap wordt geregeld door de biologische klok, gelokaliseerd in de nucleus suprachiasmaticus. Deze produceert een ritme van ruwweg 24 uur ('circa diem'), dat mede door licht wordt afgestemd op de buitenwereld. Gedurende de nacht wordt onder invloed van de biologische klok melatonine geproduceerd, het signaal voor het lichaam om zich voor te bereiden op de slaap. De nacht is

de beste periode om te slapen, omdat de slaapdruk (proces 'S') dan normaliter hoog is en de circadiane ritmiek (proces 'C') slaapinductie stimuleert (FIGUUR 2). Gedragmatige en omgevingsfactoren hebben grote invloed op beide processen, en daarmee op de slaap.

Er zijn geen normen voor 'goede' slaap. Bij volwassenen zijn een slaapduur van 6-9 uur, een inslaaptijd onder de 30 minuten en een slaapefficiëntie boven de 85% (% slaaptijd van de tijd in bed) normaal. Belangrijker is de vuistregel: bij een adequate slaapduur kan iemand overdag optimaal functioneren en 's nachts goed in- en doorslapen. Veel mensen nemen echter onvoldoende tijd om te slapen: 30% van de volwassen in de vs rapporteert gemiddeld niet meer dan 6 uur te slapen (Ford e.a. 2015).

Bijna iedereen heeft wel eens slaapproblemen. Wanneer de slaap ernstig en langdurig verstoord is, is er mogelijk sprake van de slaapstoornis insomnie. Volgens de DSM-5-criteria moeten er gedurende minimaal 3 maanden minstens 3 keer per week problemen optreden met het in- en/of doorslapen, die gepaard gaan met disfunctioneren overdag. De prevalentie van insomnie in Nederland is ongeveer 10% (Kerkhof 2017). Bij de ontwikkeling van insomnie spelen premorbide (persoonskenmerken, genetisch), uitlokkende (stressvolle gebeurtenis, somatische of psychiatrische aandoening) en onderhoudende factoren (inadequate slaaphygiëne, negatieve conditionering rond de slaap) een rol (Spielman e.a. 1987). Mensen belanden in een vicieuze cirkel waarin emotionele, cognitieve en fysiologische overactiviteit kan leiden tot verkeerde slaapgewoonten (lang in bed liggen, dutten overdag en midde- lungebruik).

### Verstoorde slaap en lichamelijke gezondheid

Suboptimale slaapduur en slaapkwaliteit zijn prospectief geassocieerd met diverse metabole en cardiovasculaire aandoeningen (CVD) en verhoogde mortaliteit (Itani e.a. 2017). Opvallend is dat zowel korte (< 6-7 uur) als lange slaapduur (> 9-10 uur) gerelateerd zijn aan diverse aandoeningen; voor lange slaapduur betreft dit mogelijk geen directe relatie, maar een samenhang met bijvoorbeeld

### AUTEURS

**MARIKE LANCEL**, somnoloog en hoofd Research, Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen, en bijzonder hoogleraar Slaap en psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen.

**MAAIKE M. VAN VEEN**, psychiater en promovendus, Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen.

**INGRID H.M.J.C. VERBEEK**, somnoloog, Centrum voor Slaapgeneeskunde Kempenhaeghe, Heeze.

### CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Marike Lancel, Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie, GGZ Drenthe, Postbus 30007, 9400 RA Assen.  
E-mail: m.lancel@rug.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

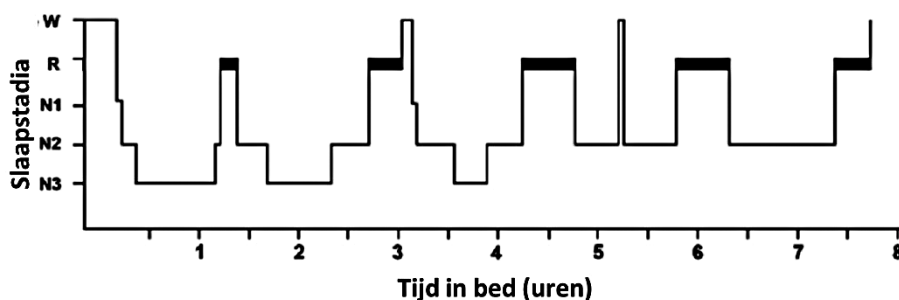
Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-7-2020.

depressie of lage sociaaleconomische status (Knutson & Turek 2006).

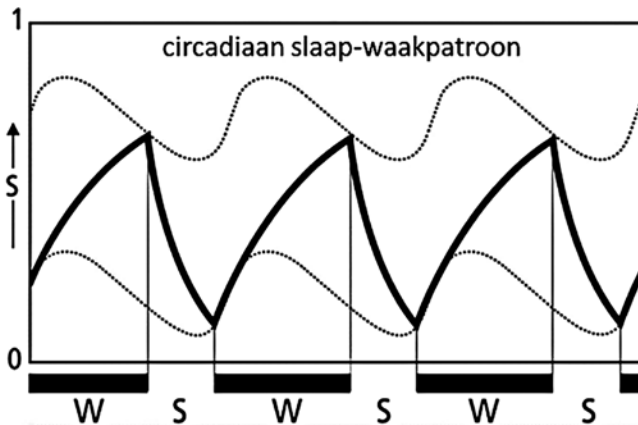
Te kort slapen is een onafhankelijke risicofactor voor CVD. Mogelijk vormt relatief kort slapen een groter risico op CVD dan ongezonde voeding of onvoldoende beweging (Hoevenaer e.a. 2014). Daarnaast is kort slapen geassocieerd met overgewicht, hypertensie en verhoogde waarden triglyceriden, totaal cholesterol en hemoglobine A1C. Mechanismen die hierbij een rol kunnen spelen, zijn chronische inflammatie en verstoringen in hormonen als leptine en ghreline, leidend tot een toegenomen eetlust en verminderde glykemische controle.

Naast heel kort of lang slapen, is ook een lage slaapkwaliteit geassocieerd met overgewicht (Hausler e.a. 2019). Daarnaast geven slaapverstoringen, zoals een korte/ lange slaapduur, insomnie en slaapapneu, een onafhankelijk risico op het ontstaan van type 2-diabetes dat qua effect-grootte vergelijkbaar is met de bekendere risicofactoren,

**FIGUUR 1** Hypnogram van een goede slaper; W = wakker; R = REM-slaap



**FIGUUR 2** Het tweeprocessenmodel voor slaap-waakregulatie (Borbély e.a. 2016)



W = wakker; S = slaap. Het homeostatische proces S beweegt zich tussen twee drempels met een 24-uursritme, proces C. Bij het bereiken van de bovendrempel ('inslaapdrempel') valt men in slaap, en bij het bereiken van de onderdrempel ('ontwaakdrempel') wordt men wakker.

zoals overgewicht en familiale belasting (Anothaisintawee e.a. 2016).

Naast deze epidemiologische associaties wordt ook gekeken naar de effecten van interventies. Zo leiden gedragsmatige interventies die de slaapduur verlengen binnen enkele weken tot een verbetering van diverse cardiometabole risicofactoren, zoals verbeterde insuline gevoeligheid (Henst 2019).

Wat betreft meer aan de hersenen gerelateerde processen is het recent ontdekte glymfatisch systeem een uniek voorbeeld van de functie van slaap. Tijdens diepe slaap worden in het brein geproduceerde afvalstoffen, zoals  $\beta$ -amyloid, afgevoerd (Nedergaard & Goldman 2016). Zowel onvoldoende slaapduur als slaapkwaliteit wordt via dit proces verbonden met het risico op de ziekte van Alzheimer en andere neurodegeneratieve aandoeningen.

### Verstoorde slaap en psychische gezondheid

Insomnie heeft, evenals experimenteel opgelegde/bepaalde korte slaapduur en oppervlakkige slaap, een negatieve invloed op diverse aspecten van aandacht, geheugen en executieve functies. Dit betreft vooral complexere taken, zoals problemen oplossen en beslissingen nemen, waarbij de prefrontale cortex een essentiële rol speelt (Fortier-Brochu e.a. 2012). De theorie van de synaptische homeostase (Tononi & Cirelli 2014) biedt een mogelijke (deel)verklaring hiervoor: overdag als we wakker zijn, worden voortdurend nieuwe synaptische verbindingen gevormd. Om de communicatie tussen neuronale netwerken efficiënt te houden, zou de sterkte van synaptische verbindingen tijdens de slaap worden genormaliseerd. Een korte slaapduur en lage slaapkwaliteit verminderen zelfcontrole en motivatie (Pilcher e.a. 2015), beide van belang bij het weerstand bieden aan impulsen en vasthou-

den aan langetermijndoelen, zoals het volhouden van een gezonde leefstijl. Waarschijnlijk speelt hierbij een afname van inhibitoire mechanismen vanuit de prefrontale cortex een belangrijke rol.

Slaap is ook cruciaal bij emotieverwerking: een slaapttekort leidt tot sterkere emotionele reacties op negatieve gebeurtenissen. Er is enige evidentie dat met name tijdens de REM-slaap reactivatie en herprogrammering van emotionele ervaringen plaatsvinden. Hierdoor neemt de emotionele arousal, opgeroepen door stressvolle ervaringen, gedurende de nacht af en is men de volgende dag weer bestand tegen dagelijkse gebeurtenissen (Vandekerckhove & Wang 2017). Recent onderzoek bevestigt dit: de fysieke reactie op herconfrontatie met een schaamtevolle ervaring blijkt bij goede slapers na een nacht slapen afgenomen, maar bij mensen met insomnie – geassocieerd met gefragmenteerde REM-slaap – juist toegenomen (Wassing e.a. 2019).

Veel mensen met een psychiatrische aandoening hebben slaapproblemen of insomnie. Werd insomnie eerder geïnterpreteerd als bijkomend symptoom, inmiddels is duidelijk dat het een op zichzelf staande entiteit is, die specifieke aandacht verdient in behandeling. Het is een risicofactor voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen en vergroot de kans op een terugval (Krystal 2020). Diverse richtlijnen adviseren cognitieve gedragstherapie voor insomnie (CGT-I) als primaire behandeling (Nederlands protocol: Verbeek & Van de Laar 2015), met bewezen effectiviteit ook op langere termijn (Van der Zwerde e.a. 2019). Deze behandeling is ook effectief bij mensen met insomnie en psychiatrische aandoeningen (Wu e.a. 2015). Het belang hiervan blijkt uit de bevinding dat CGT-I bij comorbide insomnie het herstel van een depressie kan versnellen (Krystal 2020). Dit lijkt geen direct effect van

CGT-1 op stemming, aangezien de verbetering van de slaap eerder plaatsvindt (Blanken e.a. 2019).

## Slaap als leefstijl

Leefstijl heeft grote invloed op de slaapkwaliteit; zo hebben alcohol- en nicotinegebruik een slaapverstorend effect en draagt voldoende beweging juist bij aan betere slaap. Zoals besproken speelt slaap een centrale rol in het reguleren van motivationeel gedrag en zelfcontrole. Elke verandering die bijdraagt aan gezondere slaap, zal de kans op geslaagde gedragsverandering op andere vlakken vergroten: denk aan verminderde eetlust, meer energie om te bewegen en het vasthouden aan het voornemen minder te roken en/of drinken. Het faciliteren van gezonde slaap is extra relevant in de psychiatrie, gezien de invloed op psychiatrische aandoeningen, de hoge prevalentie van een ongezonde leefstijl en cardiometabole aandoeningen bij deze populatie.

Bij leefstijlinterventies gericht op slaap gaat het om het optimaliseren van de slaapkwaliteit en slaapduur (Van de Laar & Verbeek 2020). Vaak kunnen er met een goede uitleg en gerichte adviezen aanzienlijke verbeteringen worden bereikt.

### PSYCHO-EDUCATIE

De leefstijlinterventie begint met psycho-educatie over het belang van goede nachtrust. Vervolgens wordt de opbouw van slaapdruk en werking van de biologische klok uitgelegd. Tevens wordt informatie gegeven over normale slaap; voor veel mensen is het bijvoorbeeld nieuw dat het gewoon is om een paar keer per nacht kort wakker te worden, dat de eerste 3 slaapcycli het belangrijkste zijn voor herstel en dat slaap verandert met het ouder worden. Met deze kennis maken mensen zich vaak al minder zorgen over hun slaapproblemen.

### TIJD IN BED

Slaap wordt door sommigen als weinig belangrijk gezien; een 'sluitpost' waarvoor eigenlijk geen tijd is. Het advies hierbij is wel voldoende gelegenheid te nemen om te slapen.

Veel mensen die slecht slapen, neigen ernaar juist lang op bed te liggen. Het inkorten van de tijd in bed tot maximaal 8 uur verhoogt de opbouw van slaapdruk, waardoor de slaap verbetert.

### RITME

Voor een betere slaapkwaliteit is het aanhouden van regelmatige bedtijden van belang, waarbij op dezelfde tijd opstaan het voornaamste is in verband met afstemming van de biologische klok middels ochtendlicht.

Structuur overdag is ook belangrijk: vaste maaltijden, niet intensief sporten voor het slapen, niet met een volle of lege maag naar bed gaan. Activiteiten overdag, met voldoende fysieke activiteit, zorgen voor een toename van de slaapdruk en verbeteren daarmee de slaapkwaliteit.

### ONTSPANNING EN AFBOWEN VAN DE DAG

Slaap is een afspiegeling van wie we zijn en wat we doen op een dag. Vaak begint beter slapen dan ook met overdag ruimte inplannen voor pauzes en ontspanning.

Een vast ritueel een half uur voor het slapen, waarbij men tijd neemt om de dag af te bouwen, helpt om de hersenen voor te bereiden op de nacht. Voorbeelden van goede bedtijdroutines zijn: even rustig gaan zitten (praten), de hond uitlaten, een douche nemen, wellicht nog even kort lezen. Gebruik van tablet of mobiele telefoon geeft activatie door de bezigheden zelf en uitstel van het slapen door sociale druk.

Op het moment dat men gespannen in bed ligt, zijn er twee mogelijkheden: blijven liggen en ontspanningsoefeningen doen (progressieve relaxatie, 'total bodyscan') of opstaan, eventuele zorgen opschrijven en tot ontspanning komen in een ruimte met weinig licht.

### OMGEVINGSFACTOREN

Licht remt de productie van melatonine. In de ochtend is dat gewenst; licht activeert het brein en heeft een positieve invloed op de stemming. In de avond is licht ongewenst omdat het ons inslapen kan uitstellen; zorg dus voor gedempt licht (inclusief beeldschermen). Een koele, rustige, geventileerde en donkere slaapkamer is de beste slaapomgeving. Een uitzondering hierop is wanneer sprake is van trauma's, waardoor bijvoorbeeld slapen in een donkere kamer als onveilig wordt ervaren. Een nachtlamp kan dan nuttig zijn.

### MIDDELEN- EN/OF PSYCHFARMACAGEBRUIK

Stimulerende middelen, zoals cafeïne, hebben een negatief effect op de slaap. De halfwaardetijd van cafeïne is ongeveer 5 uur, vandaar het advies om na de lunch geen koffie, cola, energiedrankjes, etc. meer te drinken. Ook nicotine heeft een stimulerende werking, vermindert diepe slaap en leidt tot een groter aantal ontwakingsen. Alcoholgebruik vlak voor het slapen stimuleert inslapen, maar leidt later in de nacht tot onrustige slaap.

Tot slot is het van belang goed te letten op mogelijke slaapverstorende bijwerkingen van (psycho)farmaca. Zo kunnen selectieve serotonineheropnameremmers, stimulantia en aripiprazol, zeker wanneer laat op de dag ingenomen, de slaap verstoren.

## PIEKEREN

Veel slechte slapers zijn piekeraars. Dat kan gaan over alledaagse dingen of over het slapen zelf, bijvoorbeeld over de negatieve invloed van het wakker liggen op het functioneren de volgende dag. Het inbouwen van een piekermoment overdag en bewust aan leuke dingen denken in bed zijn eenvoudige adviezen.

## PRAKTIJK

De vertaling van leefstijladviezen over slaap naar ander gedrag kan lastig zijn, zeker in de psychiatrische populatie. Recent onderzoek laat echter zien dat slaaphygiëneadviezen ook in uitdagender doelgroepen goed toepasbaar zijn (Rottapel e.a. 2020). Er zijn echter wel factoren die de toepassing van de adviezen lastiger maken, bijvoorbeeld (gevoel van) onveiligheid, geluid, zorg voor familie en werken in ploegendienst.

Het onderscheid tussen slaap als leefstijl of stoornis is niet altijd gemakkelijk te maken, en verdient gedegen diagnostiek. Voor het screenen op insomnie wordt gebruikgemaakt van een slaapanamnese, slaapdagboek en slaapevaluatielijst (Van de Laar & Verbeek 2020). Andere slaapproblemen, zoals slaapapneu en rustelozebenenyndroom, kunnen bijvoorbeeld worden gescreend met de *Holland Sleep Disorders Questionnaire* (Kerkhof 2017). Diagnostiek en behandeling van insomnie, inclusief CGT-I,

kan binnen de psychiatrische behandeling worden uitgevoerd omdat nader slaaponderzoek niet nodig is. Bij een vermoeden op andere slaapproblemen is het advies te verwijzen naar een (gespecialiseerd) slaapcentrum.

Voor de behandeling van insomnie is een leefstijlinterventie voor slaap alleen onvoldoende. Goede begeleiding in verandering van gedrag kan echter wel voorkómen dat iemand steeds verder verstrikt raakt in de neerwaartse spiraal van slaapproblemen naar insomnie met alle negatieve gevolgen voor het functioneren overdag en bijkomende psychiatrische en somatische problematiek.

## CONCLUSIE

Hoewel de gevolgen van suboptimale slaap voor cardiometabole en psychiatrische aandoeningen inmiddels duidelijk zijn, wordt deze kennis nog weinig toegepast in de praktijk. In de positieve beweging van het toepassen van leefstijlinterventies in de psychiatrie zou het optimaliseren van de slaap een duidelijke plaats in mogen nemen, zowel vanuit behandel- als preventief oogpunt. Er is echter in de psychiatrie nog weinig onderzoek gedaan naar de brede effecten van leefstijlinterventies voor de slaap. De suggestie dat interveniëren op de slaap een betere respons op antidepressiva kan geven, via het verbeteren van insulinegevoeligheid, is een goed voorbeeld van de mogelijkheden (Jeremiah e.a. 2019).

## LITERATUUR

- Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2016; 30: 11-24.
- Blanken TF, Van der Zwerde T, Van Straten A, Van Someren EJW, Borsboom D, Lancee J. Introducing network intervention analysis to investigate sequential, symptom-specific treatment effects: A demonstration in co-occurring insomnia and depression. *Psychother Psychosom* 2019; 88: 52-4.
- Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, DeBoer T. The two-process model of sleep regulation: A reappraisal. *J Sleep Res* 2016; 25: 131-43.
- Ford ES, Cunningham TJ, Croft JB. Trends in self-reported sleep duration among US adults from 1985 to 2012. *Sleep* 2015; 38: 829-32.
- Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Insomnia and daytime cognitive performance: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2012; 16: 83-94.
- Häusler N, Heinzer R, Haba-Rubio J, Marques-Vidal P. Does sleep affect weight gain? Assessing subjective sleep and polysomnography measures in a population-based cohort study (CoLaus/HypnoLaus). *Sleep* 2019; 42: zsz077.
- Henst RHP, Pienaar PR, Roden LC, Rae DE. The effects of sleep extension on cardiometabolic risk factors: A systematic review. *J Sleep Res* 2019; 28: e12865.
- Hoevenaer-Blom MP, Spijkerman AM, Kromhout D, Verschuren WM. Sufficient sleep duration contributes to lower cardiovascular disease risk in addition to four traditional lifestyle factors: the MORGEN study. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21: 1367-75.
- Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med* 2017; 32: 246-56.
- Jeremiah OJ, Cousins G, Leacy FP, Kirby BP, Ryan BK. Evaluation of the effect of insulin sensitivity-enhancing lifestyle- and dietary-related adjuncts on antidepressant treatment response: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2019; 8: 62.
- Kerkhof GA. Epidemiology of sleep and sleep disorders in The Netherlands. *Sleep Med* 2017; 30: 229-39.
- Knutson KL, Turek FW. The U-shaped association between sleep and health: The 2 peaks do not mean the same thing. *Sleep* 2006; 29: 881-9.
- Krystal AD. Sleep therapeutics and neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology* 2020; 45: 166-75.

- Nedergaard M, Goldman SA. Brain drain. *Sci Am* 2016; 314: 44-9.
- Pilcher JJ, Morris DM, Donnelly J, Feigl HB. Interactions between sleep habits and self-control. *Front Hum Neurosci* 2015; 9: 284.
- Rottapel RE, Zhou ES, Spadola CE, Clark CR, Kontos EZ, Laver K, e.a. Adapting sleep hygiene for community interventions: a qualitative investigation of sleep hygiene behaviors among racially/ethnically diverse, low-income adults. *Sleep Health* 2020; 6: 205-13.
- Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, Nørgaard HCB, Pisinger C, Krogh J, e.a. Lifestyle interventions for weight management in people with serious mental illness: A systematic review with meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression analysis exploring the mediators and moderators of treatment effects. *Psychother Psychosom* 2019; 88: 350-62.
- Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10: 541-53.
- Tononi G, Cirelli C. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. *Neuron* 2014; 81: 12-34.
- Vandekerckhove M, Wang YL. Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neurosci* 2017; 5: 1-17.
- Van de Laar M, Verbeek I. Slaap. In: de Vries M, de Weijer T, red. *Handboek leefstijlgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020. p. 225-70.
- Van der Zweerde T, Bisdounis L, Kyle SD, Lancee J, Van Straten A. Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep Med Rev* 2019; 48: 101208.
- Verbeek I, Van de Laar M. Behandeling van langdurige slapeloosheid. *Protocolen voor de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015.
- Wassing R, Benjamins JS, Talamini LM, Schalkwijk F, Van Someren EJW. Overnight worsening of emotional distress indicates maladaptive sleep in insomnia. *Sleep* 2019; 42: zsy268.
- Wu JQ, Appleman ER, Salazar RD, Ong JC. Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1461-72.

## SUMMARY

# Sleep: the basis of a healthy lifestyle

M. LANCEL, M.M. VAN VEEN, I.H.M.J.C. VERBEEK

- BACKGROUND** The use of sleep as modifiable lifestyle factor is not yet self-evident in psychiatry.
- AIM** To increase knowledge about sleep as health-affecting factor.
- METHOD** Description of normal sleep, effects of disturbed sleep and lifestyle advice to promote healthy sleep.
- RESULTS** Disturbed sleep negatively impacts physical and mental health. Targeted lifestyle advice can improve sleep and bring about positive effects in multiple areas.
- CONCLUSION** From preventive and treatment perspectives, interventions optimizing sleep in psychiatric care seem promising.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 949-954

**KEY WORDS** lifestyle intervention, psychiatry, sleep

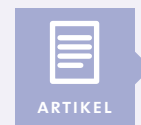
# De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk, maar nog onduidelijk

H.J.R. HOENDERS, A.W. BRAAM

- ACHTERGROND** Er is een toename van interesse in zingeving in relatie tot psychiatrie.
- DOEL** Het verkennen van de plaats en betekenis van zingeving in de ggz.
- METHODE** Een narratieve review van recente ontwikkelingen en uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek.
- RESULTATEN** Zingeving is gerelateerd aan meer (geestelijke) gezondheid en welzijn en een langere levensduur, maar er is nog onduidelijkheid over definitie en conceptualisatie. Er zijn klinische aanbevelingen en potentiële risico's beschreven, maar deze zijn voor de psychiatrie niet systematisch onderzocht.
- CONCLUSIE** Zingeving lijkt een belangrijke leefstijlfactor, die positief correleert met (geestelijke) gezondheid, maar er is een noodzaak voor betere definiëring, conceptualisatie en aanbevelingen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Een multidisciplinaire richtlijn voor psychiatrie lijkt wenselijk.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 955-959

**TREFWOORDEN** leefstijl, psychiatrie, zingeving

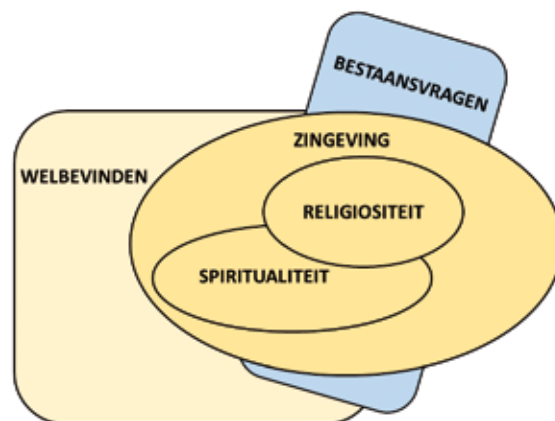


Zingeving is als begrip nog niet duidelijk omschreven (Braam e.a. 2019). Zingeving is bij uitstek interdisciplinair en raakt aan het werkveld van vele disciplines, hoewel de oorsprong bij geestelijk verzorgers (Nederland) en medewerkers van de pastorale dienst (België) ligt. Wat we verstaan onder zingeving en gerelateerde begrippen in de context van geestelijke gezondheidszorg is niet eenduidig. Vaak onderscheidt men: 1. welbevinden (inclusief betekenisgeving), 2. existentiële bestaansvragen (is er leven na de dood?), 3. zingeving (waar doe ik het allemaal voor?), 4. spiritualiteit (wens tot persoonlijke innerlijke ontwikkeling in relatie tot transcendentie) en 5. religiositeit (een gemeenschap en of georganiseerd systeem van overtuigingen, rituelen en symbolen) (zie **FIGUUR 1**).

Er is echter (inter)nationaal behoefte aan consensus daar concepten en definities afwisselend en naar het lijkt willekeurig worden gebruikt (Verhagen 2018). De richtlijn spirituele zorg in de palliatieve fase (IKNL 2018) definieert zingeving als: 'Spiritualiteit is de dynamische dimensie van het menselijk leven die betrekking heeft op de manier waarop personen (individueel zowel als in gemeenschap) zin, doel en transcendentie ervaren, uitdrukken en/of

zoeken en waarop zij zich verbinden met/verhouden tot het moment, zichzelf, anderen, de natuur, het betekenisvolle en/of het heilige.' In deze definitie benadrukt men

**FIGUUR 1** Plaatsbepaling van kernbegrippen ten aanzien van spiritualiteit en zingeving, met aanduiding van aannemelijke conceptuele overlap met 'welzijn', 'religiositeit' en 'bestaansvragen'



overlap tussen de begrippen, en streeft men een meer integrale benadering na; wij volgen deze definitie ook in deze bijdrage. De afzonderlijke begrippen definiëren we niet met hun 'kleinste gemene delvoud' afzonderlijk (Braam e.a. 2019).

### Toenemende interesse

Er is een toenemende interesse in rol van zingeving in relatie tot (geestelijke) gezondheidszorg. Dit blijkt onder meer uit het signalement zingeving in zorg van ZonMw (2016), de positiebepaling van de World Psychiatric Association (Verhagen 2018) en een opiniestuk in *The Lancet Psychiatry* (Rosmarin e.a. 2020). Deze interesse hangt samen met de volgende vier factoren.

### UITKOMSTEN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Uit wetenschappelijk onderzoek in de algemene bevolking blijkt dat zingeving gecorreleerd is met langer leven (hazardratio: 2,43; 95%-BI: 1,57-3,75) (Alimujiang e.a. 2019), een betere gezondheid (Aftab e.a. 2020) en een hogere kwaliteit van leven (Vitorino e.a. 2018). In een systematische review van 43 klinische studies vond men in 31 (72,1%) een verband tussen het niveau van religieuze/spirituele betrokkenheid en minder mentale stoornissen (positief), in 8 (18,6%) gemengde resultaten (positief en negatief) en in 2 (4,7%) meer mentale stoornissen (negatief) (Bonelli & Koenig 2013). Zingeving is geassocieerd met minder depressie, angst, zelfmoordpogingen en verslaving en meer kwaliteit van leven, sneller herstel van depressieve klachten en betere uitkomsten. Braam en Koenig (2019) vonden tevens een positieve relatie tussen religie/zingeving en depressie-uitkomsten in een recente review van prospectieve studies.

Er zijn echter ook aspecten van religie, zoals vervreemding, worsteling en zondebesef, die op een negatieve manier (kunnen) samenhangen met psychische gezondheid. Voorts kunnen er psychiatrische symptomen optreden met een religieuze of spirituele inhoud (wanen of hallucinaties).

84% van de wereldbevolking is religieus gelieerd, en 68% van de niet-gelieerde personen geloven in een hogere macht (PRC 2012). Door de secularisatie in Nederland zijn religieuze affiliaties echter deels verlaten en zoekt men naar nieuwe wegen tot zingeving. Hierbij lijkt er een risico tot medicaliseren van normale variaties van menselijke gedragingen en behoeftes, zoals somberheid (Dehue 2008). Appelo (2016) redeneert dat we vanuit het ideaal van een perfecte maakbare samenleving ons niet meer weten te verhouden tot 'normaal menselijk leed'. Het lijkt alsof de behoefte aan zingeving, die de laatste decennia minder gekanaliseerd werd via religieuze denominaties, haar weg nu vindt via medicalisatie naar het domein van de gezond-

### AUTEURS

**ROGIER (H.J.R.) HOENDERS**, psychiater, manager en senior onderzoeker, Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), plaatsvervangend opleider psychiatrie, Lentis, voorzitter CI2G.

**ARJAN (A.W.) BRAAM**, psychiater en opleider psychiatrie, Altrecht, bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. H.J.R. Hoenders, Centrum Integrale Psychiatrie, Lentis, Hereweg 76, 9725 AG, Groningen.

E-mail: hjr.hoenders@lentis.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-7-2020.

heidszorg. Dit plaatst klinici voor nieuwe dilemma's.

De rol van voeding, beweging, stressreductie en slaap in het ontstaan, behandelen en voorkomen van psychische stoornissen wordt toenemend onderkend (Hoenders e.a. 2020). Echter, het belang van zingeving in de zorg wordt vaak onderschat, door artsen meer dan door patiënten en verpleegkundigen (Huber 2016). Uit onderzoek naar gezond ouder worden in de zogenaamde *blue zones* bleek dat één van de factoren van een gezonde leefstijl is: zingeving en beoefening van religie of spiritualiteit (Buettner & Skemp 2016). Religie en spiritualiteit (maar niet de religieuze denominatie) zijn geassocieerd met een algeheel verlaagde kans op mortaliteit van 55% na 18 jaar (Bruce e.a. 2019), en een verhoogde levensverwachting van 4 tot 9,5 jaar (Hummer e.a. 1999; Wallace e.a. 2019) hetgeen deels wordt verklaard door een gezondere leefstijl en meer sociale activiteit (Hummer e.a. 1999) en deels nog onverklaard is (Bruce e.a. 2019).

### ZINGEVING EN HERSTEL

Tevens hangt de toename van interesse in zingeving samen met het toegenomen besef dat maatschappelijk en persoonlijk herstel van groot belang zijn, maar dat er veel minder vaak naar wordt gestreefd en dat deze minder vaak bereikt worden dan symptoomreductie (Castelein 2017). Persoonlijk herstel hangt samen met hervinden van een psychische balans na psychische ontwrichting. Verbondenheid, hoop, identiteit, zingeving en zelfvertrouwen zijn termen die aan het herstelconcept gerelateerd zijn (Leamy e.a. 2011). In de generieke module herstelondersteuning komt zingeving als een belangrijk aspect van herstel naar voren. Zingeving is derhalve een essentieel onderwerp in het herstel van (ernstige) psychische stoornissen (EPA) (Huguelet e.a. 2016).



## POSITIEVE GEZONDHEID

De populariteit van positieve gezondheid speelt ook een rol. Positieve gezondheid wordt gedefinieerd als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' (Huber 2016). Een gezonde leefstijl helpt om te kunnen aanpassen aan die uitdagingen. Het model positieve gezondheid vindt momenteel navolging in veel instellingen, en bestaat uit zes domeinen van gezondheid: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren ('meedoen'), dagelijks functioneren, en zingeving (Huber 2016).

## EXISTENTIËLE VRAGEN

Ten slotte zien mensen met psychische problemen of ontwrichtende ervaringen zich geconfronteerd met vragen over zichzelf, hun relaties, hun taken, en over de zin van hun bestaan. Deze existentiële vraagstukken raken aan zingeving. Uit tal van kwalitatieve en kwantitatieve studies blijkt tevens dat patiënten zingeving en spiritualiteit als belangrijk levensdomein zien en het op prijs zouden stellen als dit levensdomein met professionals in de geestelijke gezondheidszorg onderwerp van gesprek zou zijn, zelfs in het geval van EPA en crisissituaties (Oxhandler e.a. 2018). Integratie van het onderwerp in de psychosociale behandeling van mensen met EPA wordt aanbevolen (Mohr e.a. 2006).

Zingeving staat dus in de belangstelling, maar de praktische toepassing ervan is een uitdaging (Moreira-Almeida e.a. 2014). Professionals hebben handvatten nodig hoe dit onderwerp te integreren in hun klinische handelen. Deze bespreken we in de volgende paragrafen.

## Zingeving als klinische vaardigheid

Naast het toepassen van effectieve behandelingen is het leggen en onderhouden van een goede therapeutische relatie cruciaal voor therapeutisch succes (De Jong e.a. 2020). Hierbij spelen het goed invoelen (empathie), een positief steunende houding, echtheid en sensitief exploreren van gevoelige onderwerpen een centrale rol. Sommige onderwerpen worden echter soms vermeden omdat deze lastig, schaamtevol of ongemakkelijk kunnen zijn, bijvoorbeeld seks, verslaving, bijwerkingen van medicatie, gebruik van complementaire zorg en zingeving of religie. Net als bij de andere onderwerpen is het bij zingeving van belang als psychiater dit onderwerp zelf (meermalen) ter sprake te brengen.

Hierbij wordt aanbevolen om de tijd te nemen, te luisteren, open vragen te stellen, een niet-veroordelende houding aan te nemen, te onderzoeken of geloof steunend of juist belastend is en te handelen vanuit compassie (Moreira-Almeida e.a. 2014; Huguelet e.a. 2016). Er bestaan

vragenlijsten, zoals de FICA (Puchalski e.a. 2009), HOPE (Anandarajah & Hight 2001), SPIRIT (Maugans 1996) en ELMO (Braam 2017), die nuttig kunnen zijn wanneer men de dialoog over zingeving wil aangaan. De effecten van deze interventies zijn echter nog niet wetenschappelijk onderzocht.

Daarnaast wordt in de literatuur geadviseerd aandacht te besteden aan: psycho-educatie, betrouwbare informatiebronnen, nieuwe zorgvisies die ruimte bieden voor zingeving (positieve gezondheid, integrale geneeskunde en herstel) en derde-generatiegedragstherapie (*acceptance and commitment therapy* (ACT), mindfulness, en compassietraining). Men benadrukt om de noodzaak voor zingeving te indiceren, maar waar mogelijk de uitvoering hiervan te delegeren en te verwijzen naar, en samen te werken met, geestelijk verzorgers, die een lange traditie en ervaring hebben op dit gebied.

## RISICO'S

Ten slotte waarschuwt men voor mogelijke risico's. Zo bestaan er incidenteel gemeenschappen (sektes) waar misbruik plaatsvindt (macht, geld en seks). Ook bestaat het risico van 'spiritual distress'; toename angst en spanning bij bestaande negatieve attributies zoals 'het werk van de duivel/voodoo'. De psychologie van religie kan een schuld-inducerende boodschap dragen (schuld en zonde). Adviezen van religieuze autoriteiten kunnen leiden tot afzien van noodzakelijke medische ingrepen. Bij patiënten kan spiritualiteit onbedoeld als afweermecanisme of vlucht fungeren ('het had zo moeten zijn'), waardoor men zijn eigen worstelingen en ambivalenties niet hoeft door te werken. Bij behandelaars kan, net als andere onderwerpen, dit specifieke thema leiden tot tegenoverdracht, vooral wanneer overtuigingen van beiden tegenover elkaar lijken te staan (bijv. gelovig versus atheïstisch). Het lijkt daarom raadzaam voorzichtig te zijn met zelfonthulling en het verheerlijken of afkeuren van bepaalde overtuigingen te vermijden (Moreira-Almeida e.a. 2014).

## Zingeving als leefstijlfactor

Een systematisch overzicht met klinische aanbevelingen betreffende religie/spiritualiteit/zingeving, op basis van wetenschappelijk onderzoek, ontbreekt (Braam 2017). De volgende aanbevelingen zijn derhalve 'best practices'.

Een gezonde leefstijl heeft positieve effecten op gezondheid en levensduur, maar het is meestal moeilijk om tot duurzame gedragsverandering te komen (Hoenders e.a. 2020). Als iemands leefstijldoelen in lijn zijn met de diepste overtuigingen en doelen in het leven (zingeving), dan is de kans dat hij of zij die doelen haalt het grootste. Zingeving hangt immers samen met onze diepste drijfveren en is daarmee onderliggend bij alle keuzes die we maken. Ggz-

aanbieder Lentis integreert daarom sinds 2007 zingeving in de zorgvisie ('bio-psycho-socio-spirito-ecologisch model') en behandelingen (actief ter sprake brengen, aanbod 3de generatie gedragstherapieën en als onderdeel leefstijltraining) in het Centrum Integrale Psychiatrie (Hoenders 2014; Hoenders & Castelein 2018). Sinds 2016 is de leefstijltraining succesvol uitgebreid naar de hele organisatie, middels een leefstijlproject (Hoenders e.a. 2020).

Ten slotte is zingeving van groot belang omdat zij een essentieel aspect van coping is. De Oostenrijkse psychiater Viktor Frankl overleefde Auschwitz en beschreef later hoe belangrijk zingeving was in het omgaan met lijden en gruwelijkheden (Frankl 1959). Mensen die leefden vanuit een helder levensmotief of voor een bepaald belangrijk persoonlijk doel leken Auschwitz beter te overleven. Het

geven van zin aan het eigen leven lijkt daarmee de diepste behoefte van een mens (*Der Wille zum Sinn*) en daarmee de sterkste gezond makende kracht. Dat lijkt bevestigd te worden door eerdergenoemde associaties tussen zingeving, gezondheid en langere levensverwachting.

## CONCLUSIE

Zingeving correleert positief met (geestelijke) gezondheid, welzijn en levensverwachting, maar consensus in definiëring en conceptualisatie is nodig, evenals nader onderzoek en een systematisch overzicht met klinische aanbevelingen. Een multidisciplinaire richtlijn voor psychiatrie lijkt wenselijk. Wij zijn samen met diverse anderen bezig met de voorbereiding daarvan.

 Prof. dr. S. Castelein deed waardevolle suggesties.

## LITERATUUR

- Aftab A, Lee EL, Klaus FK, Daly R, Wu TC, Tu X, e.a. Meaning in life and its relationship with physical mental and cognitive functioning: a study of 1,042 community-dwelling adults across the lifespan. *J Clin Psychiatry* 2020; 81: 19m13064.
- Alimujiang A, Wiensch A, Boss J, Fleischer NL, Mondul AM, McLean K. Association between life purpose and mortality among US adults older than 50 Years. *JAMA Network Open* 2019; 2: e194270.
- Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2001; 63: 81-9.
- Appelo M. *Leren lijden*. Amsterdam: Boom; 2016.
- Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *J Relig Health* 2013; 52: 657-73.
- Braam AW. Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: what do we need? *Ment Health Relig Cult* 2017; 20: 579-88.
- Braam AW, Koenig HG. Religion, spirituality and depression in prospective studies: a systematic review. *J Affect Disord* 2019; 257: 428-38.
- Braam AW, Hoenders HJR, Steen A. Zingeving als term in psychische hulpverlening: benaderingen vanuit de humanistiek. *Psyche en Geloof* 2019; 30: 267-76.
- Bruce MA, Martins D, Duru K, Beech BM, Sims M, Harawa N. Church attendance, allostatic load and mortality in middle aged adults. *PLoS one* 2017; 12: e0177618.
- Buettner D, Skemp S. Blue Zones: Lessons from the world's longest lived. *Am J Lifestyle Med* 2016; 10: 318-21.
- Castelein S. *Overstag en vooruit!* [Inaugurele rede]. Rijksuniversiteit Groningen, 2017.
- Dehue T. *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus 2008.
- Frankl VE. *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books 1959.
- Hoenders HJR. *Integrative psychiatry: conceptual foundation, implementation and effectiveness*. [proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen; 2014.
- Hoenders HJR, Castelein S. *Integrale psychiatrie: theorie en praktijk*. *Bijblijven* 2018; 34: 616-33.
- Hoenders HJR, Steffek E, Eendebak M, Castelein S. Psychische stoornissen. In: De Vries, De Weijer (red). *Handboek leefstijl-geneeskunde*. Houten: BSL; 2020.
- Huguelet P, Mohr SM, Olie E. Spiritual meaning in life and values in patients with severe mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 409-14.
- Huber M, Garssen B. Relaties tussen zingeving gezondheid en welbevinden. In: *ZonMw-signalement zingeving in zorg*, Den Haag: ZonMw 2016. p 16.
- Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography* 1999; 36: 273-85.
- Jong S de, Hoenders HJR, Bruins J, Steinebach H, Castelein S. De therapeutische relatie. In: *Wunderink A, Kaasenbrood, red. Handboek ernstige psychische stoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; ter perse.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445-52.
- IKNL. *Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase*, Versie 2.0. Pallialine: 2018.
- Maugans TA. The spiritual history. *Arch Fam Med* 1996; 5: 11-16.
- Mohr S, Brandt P, Borrás L, Gillieron C, Huguelet P. Towards an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1952-1959.

- Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality on mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras de Psiquiatr* 2014; 36: 176-82.
- Oxhandler HK, Narendorf SC, Moffatt KM. Religion and spirituality among young adults with severe mental illness. *Spirituality in Clinical Practice* 2018; 5: 188-200.
- PRC. The global religious landscape. Pew Research Center; 2012. <https://assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/11/2014/01/global-religion-full.pdf>
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12: 885-904.
- Verhagen P. Positiebepaling over religie en spiritualiteit in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2018; 60: 263-7.
- Vitorino LM, Lucchetti G, Leao FC, Vallada H, Peres MFP. The association between spirituality religiousness and mental health. *Sci Rep* 2018, 8:17233
- Wallace LE, Anthony R, End CM, Way BM. Does religion stave off the grave? Religious affiliation in one's obituary and longevity. *Social Psychological and Personality Science* 2019; 10: 662-70.
- ZonMw. Zingeving in zorg. Den Haag: ZonMw; 2016..

## SUMMARY

# The role of spirituality in psychiatry: important but still unclear

H.J.R. HOENDERS, A.W. BRAAM

- BACKGROUND** There is an increasing interest in spirituality in relation to psychiatry.
- AIM** Exploring the place and meaning of spirituality in mental healthcare.
- METHOD** A narrative review of recent developments and results of scientific studies.
- RESULTS** Spirituality is related to better (mental) health, wellbeing and longevity, but definitions and conceptualisation are still unclear. Clinical attention is recommended, including awareness of certain risks, but these are not systematically investigated in psychiatry.
- CONCLUSION** Spirituality seems to be an important lifestyle factor, that correlates positively with (mental) health, but there is a need for better definitions, conceptualisation and recommendations based on scientific research. A multidisciplinary guideline for psychiatry seems desirable.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 955-959

**KEY WORDS** lifestyle, psychiatry, spirituality

## Pre- en postcorona: korte periode met grote impact op mijn leven

S. GRENIER, E. VAN ASSCHE



ARTIKEL



### AUTEURS

**SOFIE GRENIER**, ervaringsdeskundige.

**EVELIEN VAN ASSCHE**, arts in opleiding tot psychiater, Expertisecentrum Perinatale Psychiatrie, UPC KU Leuven, Leuven (auteur van de proloog en epiloog.)

### CORRESPONDENTIEADRES

Evelien Van Assche.

E-mail: evelien.vanassche@gmail.com

In dit artikel kijken behandelaar en patiënt terug op de eerste periode van lockdown wegens corona. Proloog en epiloog zijn van de hand van de behandelaar; de hoofdtekst is van de patiënt.

### Proloog

De auteur is een jonge vrouw met meerdere ernstige depressieve episodes in de voorgeschiedenis, onder meer als adolescent. Op het moment van aanmelding waren de klachten al enige tijd gestabiliseerd onder escitalopram 20 mg. Ze was toen pas zwanger. Aangezien ze wist dat de stressgevoeligheid een belangrijke rol speelt in het evenwicht tussen belasting en mentaal welbevinden, meldde zij zich preventief aan bij de afdeling Perinatale psychiatrie.

Een leven zonder ssri zag ze niet zitten, ze ervoer de medicatie als ondersteunend. Conform de richtlijnen bij zwangerschap werd een medicatieswitch naar sertraline doorgevoerd. In de overgangsfase kwam de impact van stress op het mentale welbevinden terug en werd het fragiele evenwicht verstoord door een kortdurend recidief van overmatig piekeren, angst- en panieklachten. Sertraline kon versneld worden opgebouwd, waarna het beeld weer stabiliseerde. En toen toonde corona hoe groot de rol van onderliggende ervaren stress bij een psychische kwetsbaarheid kan zijn en hoe gemakkelijk dit onderschat kan worden...

### Pre- en postcorona... impact op mijn leven.

Voor de hele lockdown was ik enkele maanden zwanger. Mijn lichaam wou niet mee; ik was moe, misselijk, had aanvallen van hyperventilatie en was totaal overprikkeld. Mijn lichaam en geest schreeuwden om rust, maar ik negeerde alle signalen. Waarom? Simpel, het was gewoon geen optie om het wat rustiger aan te doen. Fulltime blijven werken is gewoon een must. Enerzijds om financieel rond te kunnen komen en anderzijds omdat het voelde als een teken van zwakte om te minderen. Een vrouw van 30 jaar hoort namelijk ambitieus en sterk te zijn. Ik voelde echt de maatschappelijke druk om mezelf te forceren.

### Midden maart, nationale lockdown

Aangezien ik in de evenementensector werk, was er plots geen werk meer. Al snel volgt tijdelijke werkloosheid. Verplicht thuisblijven, zonder werk, minder inkomen, niets om handen, geen sociaal contact... Een ramp voor velen, maar al snel merkte ik dat het voor mij eerder een zegen was. Eindelijk kon ik mijn lichaam de rust geven die het zo hard nodig had: geen wekker die voor mij besliste wanneer ik voldoende had gerust. Geen stress om me tijdig in het drukke verkeer te begeven om zeker op tijd op het werk te zijn. Niet meer overprikkeld omdat ik me voor de zoveelste keer forceer in een situatie waarin ik me niet goed voel.

Eindelijk echt tijd om mijn lichaam en geest op de eerste plaats te zetten. Al snel vond ik een evenwichtig dagelijks ritme van rusten, gezond eten en yoga.

Mijn lichaam begon zich te herstellen en ook mentaal vond ik een rust die ik al lange tijd niet meer ervaren had. Kon het altijd maar zo zijn.

### Schuldgevoel overwonnen

Hoe zeer ik ook genoot van mijn herwonnen rust, ik voelde me toch ergens schuldig... We zaten namelijk in een crisis met veel slachtoffers, opofferingen en gevolgen. Ik durfde het bijna niet hardop te zeggen dat ik echt aan het genieten was van de lockdown. Dankzij de gesprekken met de psychiater heb ik wel geleerd dat het gewoon oké is me zo te voelen en het heeft me ook doen nadenken over de toekomst. Zo heeft de lockdown me geleerd dat ik rustmomenten in mijn dagelijks leven nodig heb om me goed te voelen, waarbij ik me nu de vraag stel hoe ik dit in mijn dagelijkse routine kan inbouwen. Ik heb ondervonden dat ik hiervoor actief aandacht zal moeten hebben.

Dit rustigere tempo blijkt mij op dit moment erg goed te helpen. Ik merk dat ik de rol van rust en structuur in het dagelijks leven en de impact hiervan op mijn mentale veerkracht onderschat heb. De maatschappelijke verwachtingen en ervaren druk worden als vaststaande gegevens beschouwd en niet ter discussie gesteld. Dit geeft mij een uitdaging voor de toekomst, een uitnodiging om mijn leven meer naar mijn eigen waarden vorm te geven. Want hoe zal het leven zijn als de crisis voorbij is en we het dagelijkse leven weer hervatten? Een mens valt maar al te snel terug in een oud patroon. Maar wil ik dit wel? En zo niet, wat wil of kan ik veranderen? Kan ik vechten voor wat ik écht wil en ingaan tegen de torenhoge verwachtingen van de maatschappij?

Eén ding is zeker: voor mijn gezondheid moet ik meer momenten van rust gaan inbouwen in mijn dagelijks leven. Hoe ik dit in de praktijk zal omzetten, weet ik echter nog niet... Werk dichterbij huis? Wil ik in de evenementensector blijven, met z'n (stresserende) pieken en dalen? Kan ik in deeltijd werken of behoren flexibele uren tot de mogelijkheid?

Toegegeven, ik ben wat bang om weer aan de slag te gaan en terug te vallen in oude gewoontes. De komende maanden zal ik hier bewust over moeten reflecteren en bewuste keuzes gaan maken om ervoor te zorgen dat ik iets kan overhouden aan deze 'gouden periode', deze levensles.

### Epiloog

Ook voor mij was dit een leerrijke ervaring. Het valt op dat we als behandelaar vaak meedraaien in 'de malle molen' van het dagelijks leven en ons van daaruit snel richten op medicatie en kant-en-klare leefstijltips voor 'zelfzorg'. Het idee kritisch te kijken naar de alledaagse verwachtingen, en ook de vanzelfsprekendheid van basiselementen in de dagstructuur ter discussie te stellen, is ook als behandelaar beangstigend, maar vernieuwend.

Ik denk bijvoorbeeld aan een typische, alledaagse woon-werkweg: de belasting van het in de file staan, stress van het openbaar vervoer, de ontspanning van fietsen of te voet gaan, maar ook de implicaties van deze keuzes voor andere levensdomeinen.

De COVID-19-lockdown, als extreme omstandigheid en 'in-vivo-experiment', toont dat het (tijdelijk?) mogelijk is het leven uit te tekenen met oog op *andere* persoonlijke noden. Een paradigmashift. Ambitie, competitie of verwachtingen uit de omgeving leiden onderliggend tot veel stress met risico's voor de mentale gezondheid tot gevolg.

Dit verhaal doet me besluiten dat meer aandacht voor het eigen tempo en het vinden van een nieuw evenwicht met oog op het eigen welbevinden, een vaak onderschatte dimensie is en klinisch ingezet kan worden.

## Bewegen en depressie: ‘Hardlopen heeft me echt geholpen’

J. DEENIK



### AUTEUR

**JEROEN DEENIK**, postdoc onderzoeker, gezondheidspsycholoog en epidemioloog, GGz Centraal en School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht. E-mail: j.deenik@ggzcentraal.nl.

Stefan Wendel verloor in 2014 in korte tijd zijn vader door suicide als gevolg van een ernstige depressie en kreeg daarna zelf depressieve klachten. Hardlopen bood voor hem uitkomst en groeide uit tot een missie.

*‘Bij mijn vader ging het erg snel. Zijn depressie bleek al heel ernstig toen hij werd verwezen en nog voordat de behandeling was gestart, stapte hij uit het leven. Het overviel ons echt, en de zorgverleners ook.’ Niet lang daarna ging het met Stefan ook niet goed: ‘Met een jong gezin, mijn werk - waar ik achteraf te snel mee begon - en dat je je vader zo verliest. Ik kreeg ook lichamelijke klachten. Het had allemaal met elkaar te maken en kwam van heel diep. Ik ben gelijk hulp gaan zoeken, want ik wilde het niet zoals bij mijn vader.’*

### Hardlopen

In therapie werd besproken welke activiteiten Stefan als ontspanning zou kunnen oppakken. ‘Toen kwam ik al snel op hardlopen uit. Dat deed ik vroeger al, maar het lag een tijdje stil door het drukke gezinsleven. Ik las dat het ook goed is voor je mentale gezondheid. Hardlopen heeft me echt geholpen om van mijn depressieve klachten af te komen en om weer meer tijd en ruimte voor mezelf te nemen. Aansluiten bij iets waar ik bekend mee was en wat ik vroeger leuk vond, maakte het starten makkelijker. Ik denk dat dat belangrijk is om een eerste stap te kunnen nemen.’

### Missie

Stefan raakte geïnspireerd om hardlopen te gebruiken om depressie bespreekbaarder te maken. Zijn actie om met een team (de ‘Koplopers’) mee te doen aan de Berenloop op Terschelling groeide uit tot het idee om het jaar daarop een hardloopactie op *Blue Monday* te organiseren. Dat werd een succes. ‘Er zijn mensen die dan voor het eerst hun verhaal delen, opgelucht zijn en daar nu makkelijker over praten. Dat vind ik het mooiste en heeft mij ook energie gegeven, dat samen bewegen daar ook bij helpt.’

Het succes viel ook op bij MIND, die de Blue Monday Run adopteerde om het samen met Stefan groter te maken. ‘Door het hele land doen nu kleine en grotere groepen mee en mensen blijven ook daarna vaak samen bewegen!’ ‘Ik denk hoe eerder je erbij bent, hoe eerder het bewegen kan helpen voorkomen dat je dieper zakt. Bij mijn vader was het gewoon te laat.’


### Niet alleen sport

‘Ik kan me voorstellen dat mensen denken: ‘hardlopen, daar heb ik niet zoveel trek in’, maar het kan natuurlijk ook fietsen, wandelen of iets anders zijn. Bij de Berenloop was de helft van mijn team familie en dat waren echt niet allemaal hardlopers. Voor mij was het mooiste dat we als familie weer sterk bij elkaar waren en we ons hiervoor gingen inzetten. Dit jaar had ik ook een grote club

wandelaars. En zo wordt elders in het land bijvoorbeeld een fietstocht georganiseerd, of een yogasessie, dus iedereen koppelt er een eigen actie aan vast. Ook dat vind ik het mooie.'

### Nog steeds nodig

'Ik ben geen runningtherapeut. Het technische verhaal erachter ken ik niet, maar het heeft bij mij echt geholpen. Ik heb het nog steeds nodig. Soms heb ik een drukke tijd en dan merk ik dat ik sneller geïrriteerd ben, of dan wordt het in je hoofd vol, dan merk je gewoon: 'het gaat niet goed.' Dan ga ik hardlopen zodra dat kan en merk ik direct het verschil, dus het werkt voor mij. Ik wil niet zeggen dat alleen hardlopen iets oplost, maar het in beweging zijn, speelt zeker mee.'

 Meer info over (meedoen aan) de Blue Monday Run (of walk): [www.mindbluemondayrun.nl](http://www.mindbluemondayrun.nl)

## Rookvrij: “Toen bleek dat je een stuk moest lopen en wel kon roken, dacht ik ‘Yes!’

J.M. VERMEULEN



### AUTEUR

**JENTIEN M. VERMEULEN**, arts in opleiding tot psychiater en postdoctoraal onderzoeker, afd. Psychiatrie,, Amsterdam UMC, locatie AMC.  
E-mail: j.m.vermeulen@amsterdamumc.nl

Naam anonieme patiënt is bij redactie bekend.

De ggz in Nederland wordt rookvrij, het streven is per 2025. Dit betekent dat rokende patiënten niet of minder snel een sigaret kunnen opsteken tijdens hun bezoek of verblijf in een ggz-instelling of psychiatrisch ziekenhuis. Amsterdam UMC, locatie AMC is rookvrij en biedt patiënten nicotinevervangers en motiverende gespreksvoering met een rookvrijconsulente. De overgang naar rookvrij deed veel stof opwaaien onder behandelaars en patiënten. Ik beschrijf daarom de anonieme reactie van een 22-jarige man die in totaal 12 weken in behandeling was. We spreken elkaar een maand na zijn ontslag. Op dit moment ervaart hij minder psychische klachten en rookt hij een pakje sigaretten per dag.

#### *Rookvrij op het terrein, niet erbuiten*

‘Bij de intake had ik begrepen dat je helemaal niet kan roken omdat het zou helpen bij mijn herstel, daar schrok ik best wel van. Toen ik op de afdeling kwam en het bleek dat je een stuk moest lopen en dan wel kon roken, dacht ik ‘Yes!’ Op de afdeling ben ik een paar keer een paar dagen gestopt met roken en tijdens dagbehandeling stopte ik een maand met roken.’

#### *Voordelen?*

‘Het is fijner als je wilt stoppen, om niet geconfronteerd te worden met mensen die roken. Je bent zelf nog niet stabiel en het is lastig om sterk in je schoenen te blijven staan. Als ik was gestopt en ik zag een zorgverlener roken, neem je iemand toch minder serieus. Dat klinkt onaardig, maar je hebt dan het idee dat diegene zwak is.

Het rookvrije beleid is niet fijn op de korte termijn. Maar als ik nu terugkijk en je in zo’n periode toch een aantal dagen gestopt bent geweest, dan ben je wel echt veel zelfverzekerder. Je weet nu hoe je ermee om moet gaan en wat je vooral niet moet doen. Ik kan terug kijken en denken ‘Ik heb het heel slecht gehad en toen lukte het ook.’

Als je rookt en je hebt problemen, dan ben je eigenlijk alleen maar bezig met het volgende sigaretje. Dus als je niet rookt, heb je meer tijd om bezig te zijn met jezelf echt uit de problemen te helpen. Bovendien helpt het om iets meer te bewegen. Je moet elke keer heen en weer van het terrein af lopen.’

#### *Nadelen?*

‘Ik had mijn dal bereikt, roken is een gewoonte dus dan is het fijn om houvast te hebben. Daarnaast is het zo duidelijk dat het eigenlijk niet goed voor je is, dat mensen zich slecht voelen als je het wel doet. Je wordt als roker in een hokje geplaatst. Dat is discriminatie.’



### *Conclusie?*

'Ik vind het eigenlijk wel goed hoe het qua rookbeleid ging. Ja, het is toch wel duidelijk dat roken niet iets positiefs is bij het AMC. Wat wel zo lijkt op het moment dat je niet veel moeite hoeft te doen om een sigaretje te roken en iedereen rookt. Ik denk eerlijk gezegd dat het het beste zal zijn als het helemaal rookvrij is en je überhaupt niet mag roken. Als je weet dat het echt geen optie is, dan heb je er veel minder moeite mee. Omdat het gewoon niet kan. Dan kan je wel moeilijk doen, maar na een tijdje denk je, ja het heeft gewoon geen zin en dan wen je eraan. Iets wat de rookvrijconsulente zei, blijft me nog steeds bij: 'Hoe vaker je probeert te stoppen, hoe groter de kans dat je uiteindelijk echt stopt.'

# Bewegen en schizofrenie

C.M.J. VAN ALPHEN



## AUTEUR

**CAROLA VAN ALPHEN**, voorzitter Anoiksis.

E-mail: [carola.van.alphen@anoiksis.org](mailto:carola.van.alphen@anoiksis.org)

Bewegen is voor mij nooit vanzelfsprekend geweest. Buiten was voor mij niet veilig. Op straat en op het schoolplein werd ik gepest. Derhalve was binnenshuis mijn speelterrein, wat een ander soort spel met zich meebrengt.

## Inzet

Met gym op school kon ik slecht meekomen. Mijn conditie was niet erg goed. Gym en sport confronteerden mij vooral met wat ik niet kon. Gymles werd voor mij leuker toen op de middelbare school de gymleraar zei: 'Mij gaat het erom dat je je inzet. Vergelijk je niet met anderen, maar probeer je eigen grenzen te verleggen. Je eigen records verbeteren.'

Schizofrenie en de bijbehorende negatieve symptomen maken het niet makkelijker om je te zetten tot beweging. Tegelijkertijd maken medicijnen dat je veel kilo's aankomt. Op een gegeven moment was voor mij de diagnose obesitas snel gesteld. Ook dat maakt je conditie niet beter. Ik schaamde mij als ik hijgend een trap op liep. Dan nam ik liever de lift. Maar dat maakt je conditie natuurlijk niet beter.

## Bewegen en medicatie

Vanwege bijwerkingen van de antipsychotische medicatie werd besloten in plaats van het antidepressivum paroxetine fluvoxamine te gaan gebruiken (om de reden dat dit een andere wisselwerking met clozapine heeft). Aanvankelijk moest ik daarvoor op aanraden van de apotheek eerst paroxetine helemaal afbouwen. Aangezien ik de paroxetine niet voor niets slikte, raakte ik in een depressie. Ook lichamelijk kwam ik helemaal tot stilstand. Alle bewegingen gingen superlangzaam.

Maar, de fluvoxamine werd verhoogd en de depressie verdween. Wat wonderlijk was, was dat mijn houding ten opzichte van beweging en gezonde voeding ook veranderde. Opeens voelde ik de noodzaak om naar buiten te gaan en te bewegen. Fietsen vermoeiend? Nee joh, dan slaap je lekkerder! Regen erg? Nee joh, juist verfrissend! Mijn psychiater hielp me anders naar mijn bewegen te kijken. 'Als ik iemand hijgend een trap zie oplopen, denk ik juist: wat goed dat die persoon toch de trap neemt!'

## Bewegen helpt echt

Door meer te bewegen is mijn conditie beter geworden. Ik ben kilo's afgevalen, en ook dat maakt bewegen makkelijker. Niet meer hijgen op een trap. Snelser kunnen fietsen. Ik schaam me niet meer. Dat maakt bewegen ook leuker! Momenteel ervaar ik juist dat bewegen helpt. Als ik last heb van depressieve gedachten is het heel moeilijk om mijzelf te motiveren om wat ook maar te gaan doen. Het enige wat ik dan wil, is zitten of slapen. Maar gelukkig heb ik een vriend die de drive heeft om elke dag naar buiten te gaan en die het gewoon niet pikt als ik blijf zitten. En elke keer valt alles mee. Zo erg was die regen niet. Eigenlijk ben ik nu veel beter uitgerust dan toen ik op de stoel zat te hangen. En de dag duurt ook minder lang, want de tijd vliegt. Nare gedachten

gaan weg als je je focust op fietsen. Op je snelheid, op je techniek, op de rest van het verkeer...

Tegenwoordig is het zo dat als ik iets heb gedaan wat mij mentaal veel energie kost, ik wéét dat ik gewoon naar buiten moet. Soms zit ik na een intensieve vergadering te trillen op mijn stoel van de stresshormonen. Dan even naar buiten, alles uitleven!

## Conclusies

Mijn conclusies over bewegen zijn:

- Hoewel het werkingsmechanisme vergelijkbaar is, maakt het toch uit welk antidepressivum ik gebruik.
- Om niet gefrustreerd te raken is het belangrijk om haalbare doelen te stellen die bij je passen. In mijn geval is een onhaalbaar doel trainen voor de marathon, maar een haalbaar doel is mijn eigen grenzen verleggen.
- Belemmerende gedachten ('ja, maar het regent') kan je omzetten naar stimulerende gedachten ('dat is juist verfrissend').
- Motiverende gespreksvoering door hulpverleners helpt.
- Als je geen zin hebt om te sporten moet je zin maken; je voelt je achteraf altijd beter.
- Bewegen en buiten zijn leiden je af van piekeren.
- Na zware geestelijke arbeid is het fijn om te gaan bewegen, dus, na het schrijven van dit artikel ga ik lekker fietsen!

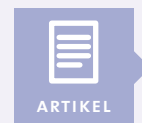
# Rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische aandoeningen

M.J.T. OUD

- ACHTERGROND** Preventie is een kerntaak van huisartsen en hun praktijkondersteuners. Bij een patiënt met een lichamelijke of psychische klacht verbreden zij het gesprek naar mogelijke leefstijlfactoren. Patiënten met psychische aandoeningen hebben vaak verminderde gezondheidsvaardigheden.
- DOEL** Beter inzicht geven in de rol van de huisarts bij de leefstijl van patiënten met psychische klachten of aandoeningen.
- METHODE** Beschrijven van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in de eerste lijn, waarbij aan de orde komen de werkwijze van huisartsen, de ketenzorg, de huisartsenzorggroepen met kaderhuisartsen en het belang van samenwerking met de specialistische ggz.
- RESULTATEN** Als een patiënt met klachten bij de huisarts komt, exploreert die het verband tussen deze klachten en de leefstijl en als intensievere begeleiding nodig is, delegeert de huisarts dit aan de praktijkondersteuner. Huisartsen werken volgens het principe van stepped care: lichte zorg als het kan en zware zorg als het moet.  
De huisartsenpraktijk heeft ketenzorgprogramma's voor chronische aandoeningen zoals diabetes mellitus, COPD of cardiovasculaire problemen. Naast hiaten in hun zelfzorg, die nauwkeurig in kaart gebracht moeten worden, hebben patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) vaker dergelijke aandoeningen.
- CONCLUSIE** Diagnostiek en behandeling van leefstijlproblematiek van patiënten met EPA zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de specialistische ggz en de huisarts, maar de samenwerking staat nog in de kinderschoenen. Psychiaters kunnen veel meer gebruikmaken van de kennis en mogelijkheden van de (kader)huisarts.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 968-973

**TREFWOORDEN** huisarts, ketenzorg, leefstijl, preventie, psychische aandoening



ARTIKEL



Huisartsen rekenen preventie en vroegdiagnostiek van lichamelijke aandoeningen tot hun kerntaak, ook bij psychiatrische patiënten. Zij onderzoeken de samenhang tussen lichamelijke of psychische klachten met leefstijlfactoren en bespreken deze met hun patiënt. Dit is *geïndiceerde preventie*. Daarnaast bieden huisartsen en hun praktijkondersteuners-huisartsenzorg-somatiek (POH's-s) *zorggerelateerde preventie* om verslechtering of complicaties bij reeds bekende aandoeningen van de patiënt te voorkomen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) ontwikkelt en actualiseert richtlijnen die huisartsen in hun medisch

beleid ondersteunen: de NHG-standaarden. Inmiddels zijn er meer dan honderd standaarden, voor iedereen toegankelijk op het internet. Daarnaast biedt het NHG brede publieksvoorlichting over gezondheid en ziekte aan via [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl). Hierin zijn ook de ggz-zorgstandaarden en generieke modules van de Alliantie Kwaliteit in de GGZ (Akwa GGZ) verwerkt.

In dit artikel beschrijf ik, uitgaande van de genoemde standaarden en richtlijnen, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in de eerste lijn bij patiënten met psychische klachten of aandoeningen. Aan de orde komen de

werkwijze van huisartsen, de ketenzorg, de huisartsenzorggroepen met kaderhuisartsen en het belang van samenwerking met de specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

### Geïndiceerde preventie

Huisartsgeneeskunde is gezins- en levensloopgeneeskunde; huisartsen bieden zorg van de wieg tot het graf. Door de jaren heen leert de huisarts een patiënt en eventuele gezinsleden steeds beter kennen en vormt zich een beeld van de leefsituatie en de leefstijl van de patiënt. De basis van alle hulpverlening is de vertrouwensrelatie. De patiënt moet zich welkom voelen om zijn of haar klachten of zorgen aan de huisarts voor te leggen. Natuurlijk, dat vertrouwen is gradueel en voor elke patiënt verschillend, maar een huisarts zal altijd investeren in het verkrijgen en behouden van deze vertrouwensrelatie. Dit kan soms haaks staan op het gevoel druk uit te moeten oefenen op een patiënt om diens leefstijl te verbeteren, zeker bij een patiënt die al kampt met onoverbrugbare problemen.

Als een patiënt op het spreekuur komt met een psychische hulpvraag, dan werkt de huisarts volgens het principe van *stepped care*. Dit betekent dat niet zwaarder behandeld wordt dan noodzakelijk is: lichte zorg als het kan en zware zorg als het moet.

In **TABEL 1** geef ik een schematisch overzicht van stepped care bij psychische klachten, waarbij de stappen overigens niet strikt gescheiden plaatsvinden. Psycho-educatie en leefstijladviezen kunnen bij alle stappen worden ingezet. Huisartsen geven regelmatig leefstijladviezen. Bij overspanning, burn-out en depressieve klachten gaat het bijvoorbeeld over dagstructuur, activiteitenplanning, bewegen of sporten. Ook geven huisartsen adviezen en psycho-educatie bij slaapproblemen, passen minimale interventiestrategieën (MIS) toe bij rokers, geven voorlichting en gebruiken motiverende gesprekstechnieken, bijvoorbeeld bij obesitas en problematisch alcoholgebruik. Veel van deze taken delegeren ze aan de POH's die het grootste deel van de tijd besteedt aan voorlichting, psycho-educatie, motiverende gesprekken over voeding, stoppen met roken of alcohol, voetzorg, hygiëne en bewegen.

### In gesprek gaan over leefstijl

Leefstijl is in principe een privékwestie, een persoonlijke en vrije keus van de patiënt. Maar een spreekuurbezoek in verband met klachten impliceert dat de patiënt wil weten of en hoe hij of zij beter kan worden. In het gesprek exploreren patiënt en hulpverlener samen de klachten en mogelijke oorzaken. Vaak zijn er leefstijlfactoren die de klachten in stand houden en hierin krijgt de patiënt een spiegel voorgehouden. De huisarts legt uit hoe bepaalde gewoontes invloed hebben op de gezondheid en welke

### AUTEURS

**MARIAN OUD**, huisarts/ kaderhuisarts ggz, coördinator kaderopleiding ggz, UMC Groningen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marian Oud.

E-mail: m.j.t.oud@home.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-7-2020.

aanpassingen kunnen leiden tot verbetering hiervan. Vervolgens checkt de huisarts of de patiënt het goed begrepen heeft en of hij of zij bereid is om daar een verandering in aan te brengen. Zo ja, dan maken ze samen een plan; zo nee, dan kan de huisarts/POH besluiten om motiverende technieken in te zetten om zo de patiënt alsnog te verleiden tot betere zelfzorg.

Maar wat te doen als blijkt dat de patiënt niet in staat is om cruciale adviezen uit te voeren? Bijvoorbeeld een 55-jarige man met diabetes mellitus en recidiverende depressies, die ondanks herhaaldelijke gesprekken en een klinisch revalidatieprogramma toch weer gaat roken en nu komt met klachten passend bij vaatvernauwing. Kan hij niet stoppen of wil hij niet stoppen, of is het allebei? Goed hulpverlener-schap vereist een onderzoekende en niet-oordelende attitude. Dit kan soms lastig zijn, met name als de hulpverlener zich grote zorgen maakt over de gezondheid van de patiënt. Bij persistent ongezond gedrag kan het zinvol zijn de patiënt te bevragen over wat hij of zij nodig heeft om tot een gedragsverandering te komen. Bevorderen van acceptatie van de ziekte, een optimistische, niet-oordelende houding en het betrekken van de partner/huisgenoten bij voeding of bewegen helpen vaak.

Stepped care in de huisartsenzorg gaat dus ook op voor leefstijlinterventies. Voorlichting en psycho-educatie als het kan, motivering, coaching, systeemgesprekken of extra hulp als het moet.

### Zorggerelateerde preventie

Huisartsen en hun POH's bieden leefstijlbegeleiding aan bij chronische aandoeningen. Ze hebben geprotocolleerde zorgprogramma's voor diabetes mellitus, astma/COPD en cardiovasculair risicomangement (CVRM). Deze (multidisciplinaire) ketenzorg wordt in grote samenwerkingsverbanden (zorggroepen) uitgevoerd en gecoördineerd door kaderhuisartsen.

Een zorggroep is een organisatie van huisartsen die gezamenlijke afspraken heeft over de ketenzorg met POH's, monitoren van kwaliteit, scholing van medewerkers en

**TABEL 1** Stepped care huisartsenzorg bij (leefstijlgerelateerde) psychische klachten

**Stap 1**

*Informereren en actief volgen*

Een verhelderend gesprek over de klachten, risico's en factoren die van invloed kunnen zijn; na een afgesproken periode vindt evaluatie plaats.

**Stap 2**

*Psycho-educatie*

Op begrijpelijke wijze informatie verstrekken, afgestemd op het bevattingsvermogen en de denkbeelden van de patiënt.

*Leefstijladviezen*

Aanwijzingen om klachten te verminderen via dagstructurering, activiteitenplanning, beweegadviezen, ontspanningsoefeningen, voeding, beperking van alcohol of middelen; deze zijn afhankelijk van de klachten en afgestemd op de individuele patiënt.

**Stap 3**

*Begeleide zelfhulp*

Zelfhulp via een instructief boek, online- of groepscurssussen. De patiënt werkt zelf aan zijn probleem waarbij de POH-ggz ondersteuning biedt via face-to-facecontacten, e-mail of telefonische consulten.

*Psychosociale ondersteuning middels gesprekken*

De POH-ggz gebruikt hierbij vaak het KOP-model (klacht = omstandigheden x persoonlijke stijl). Stressfactoren en coping zijn de aanknopingspunten voor reductie van klachten.

**Stap 4**

Kortdurende behandeling, met gebruik van cognitieve gedragstechnieken of probleemoplossende therapie.

*Psychofarmaca*

**Stap 5**

Verwijzing naar generalistische basis-ggz of gespecialiseerde-ggz

contracten met zorgverzekeraar. Keten zorg heeft een apart financieringssegment in de huisartsenbesteding, die opgedeeld is in drie segmenten: 1. basiszorg, 2. ketenzorg en 3. innovatie en zorgvernieuwingenprojecten. De logistiek bestaat uit het identificeren en kenmerken van de in aanmerking komende patiënten, dezen uitnodigen voor laboratoriumdiagnostiek en inplannen op het spreekuur. De consulten worden uitgevoerd door geschoolde verpleegkundigen (de POH-S) en nabesproken met de huisarts. Indien nodig vindt overleg plaats met een internist of longarts, waarbij de specialist meekijkt in de betreffende gegevens van het huisartseninformatiesysteem (HIS), mits de patiënt dat toestaat.

De NHG-standaard CVRM doet aanbevelingen voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel, monitoring en beleid bij risicogroepen (<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/multidisciplinaire-richtlijn-cvrm-herzien>). Maar patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) zijn hierin niet als een specifieke risicogroep opgenomen. Dat is een ommissie want ze worden daardoor niet automatisch opgeroepen terwijl het sterk aangetoond is dat ze een verhoogd risico hebben op het metabool syndroom en hart- en vaatziekten.

**Zorggerelateerde preventie bij patiënten met EPA**

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) ervaren vaak beperkingen in het maatschappelijk en sociaal functioneren. Ook gebrekkige zelfzorgvaardigheden, initiatiefarmoede of verminderd ziektebesef en/of-inzicht kunnen compliceren in het uitvoeren van en deelnemen aan zorggerelateerde preventie. Bloedafname, een bezoek aan de huisarts of het wachten op een laboratoriumuitslag kan extra spanning veroorzaken. Dit alles maakt extra ondersteuning nodig. Soms door een partner of huisgenoot, maar vaak is ook professionele ondersteuning nodig.

Leefstijlgeneeskunde voor patiënten met EPA is een stapsgewijs proces. De eerste stap is toewerken naar acceptatie van de aandoening en de noodzaak van leefstijlveranderingen. Vervolgens dienen de gezondheidsvaardigheden in kaart te worden gebracht. Het vergt soms meerdere huisbezoeken om hierop goed zicht te krijgen. Patiënten en hun familie vinden het exploreren van de zelfzorg en de tekortkomingen daarin een taak van de SGGZ (van Hasselt e.a. 2013). Huisartsen doen zelden ongevraagd huisbezoeken en zien de hiaten in de zelfzorg pas als het thuis uit de hand loopt of als de familie aan de bel trekt. De derde stap

is het aanvragen van noodzakelijke ondersteuning op medische indicatie. Te denken valt aan warmemaaltijdbe-zorging of deelname aan gezamenlijke maaltijden in een naburig verzorgingshuis, bewegen onder begeleiding van fysiotherapie, een wandelclubje met lotgenoten, leren omgaan met een timer op de mobiele telefoon ter verbetering van de dagstructuur of begeleiding door ervaringsdeskundigen.

### Gezamenlijke zorg

In 2019 hebben de huisartsen hun kernwaarden en kern-taken herijkt en is 'gezamenlijke zorg' als kernwaarde toegevoegd aan de persoonsgerichte, medisch-generalistische en continue zorg (<https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kernwaarden-en-toekomstvisie>).

Als zorgtaken over meerdere partijen verdeeld zijn, is het belangrijk dat iedereen weet heeft van elkaar en samen-werkt. Dit samenwerken in een netwerk rond de patiënt is nog niet de standaard gang van zaken bij patiënten met EPA. Uit onderzoek blijkt dat patiënten en hun naasten, maar ook huisartsen dit als een knelpunt in de zorg ervaren.

Die samenwerking kan op diverse momenten in het zorg-proces vormgegeven worden, bijvoorbeeld bij de jaarlijkse controles van gewicht, bloeddruk, glucose- en cholesterol-waardes. Momenteel sturen ggz-professionals vaak uitsla-gen door naar de huisarts zonder te overleggen over een passend beleid, terwijl de huisartsenpraktijk extra opties heeft voor patiënten met hoge bloeddruk of obesitas. Zij komen in aanmerking voor het CVRM-spreekuur en een patiënt die rookt kan naar de POH-S voor adviezen onder-steund door medicatie en voorlichting op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl). Soms worden zowel in de huisartsenpraktijk als in de SGGZ bloedmonsters afgenomen voor dezelfde bepalingen; dit is een onnodige belasting voor de patiënt.

Juist patiënten met een psychische aandoening hebben baat bij een sluitend zorgsysteem, waarbij de samenwer-king niet hiërarchisch is, maar complementair: ketenzorg. Patiënten die langdurig psychofarmaca gebruiken, hebben vaak meerdere somatische aandoeningen en de huisarts is hiervan goed op de hoogte. Eén telefoontje naar de huisarts kan doelmatiger zijn dan als psychiater zelf een uitgebreid somatisch onderzoek te doen. Bovendien zullen huisartsen zich gewaardeerd voelen voor hun zorg voor psychiatrische patiënten als zij betrokken worden in een gezamenlijk beleid.

### Nieuwe ontwikkelingen

Enkele zorggroepen bieden een zorgprogramma voor patiënten met EPA, geïnitieerd door een *kaderhuisarts ggz*. Kaderhuisartsen zijn huisartsen met bijzondere medisch-inhoudelijke en organisatorische bekwaamheden op een

specifiek gebied, bijvoorbeeld diabetes mellitus, palliatieve zorg of de ggz (zie [www.psyhag.nl](http://www.psyhag.nl)). Zij adviseren de zorg-groepen, implementeren de richtlijnen en geven consulta-tie aan de POH's of collega-huisartsen. Zij hebben een tweejarige opleiding gevolgd en zijn geregistreerd bij het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheid ([www.CHBB.nl](http://www.CHBB.nl)).

Het EPA-programma bestaat uit (half)jaarlijkse evaluatiege-sprekken met aandacht voor de psychische en lichamelijke gezondheid, de leefomstandigheden en de leefstijl. De consulten worden uitgevoerd door een verpleegkundig specialist of een POH-ggz (mits voldoende bekwaam) samen met de POH-S en er is een consulent-psychiater bij betrok-ken. Dit zorgprogramma is een zorginnovatie en wordt bekostigd vanuit segment 3 van de huisartsenbekostiging, de preferente zorgverzekeraar beslist over het al dan niet toekennen hiervan.

### DISCUSSIE

Er is weinig onderzoek gedaan naar het effect van leefstijl-interventies bij patiënten met EPA in de huisartsenpraktijk. Sowieso is er weinig bekend over het rendement van leef-stijlinterventies bij deze groep op lange termijn. De studies zijn matig van kwaliteit en duren 2 tot hooguit 6 maanden na de interventie (Bruins e.a. 2014). Het lijkt erop dat con-tinue begeleiding effectiever is dan een kortdurende interventie (Naslund e.a. 2017).

Huisartsen stimuleren patiënten in zelfmanagement of zetten extra hulp in als het niet lukt. Verlies aan regie over de zelfzorg ontstaat vaak sluipend en dat bemoeilijkt het tijdig herkennen van de noodzaak tot opschalen van de leefstijlinterventies. Daarbij komt dat patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden de leefstijlaanwijz-in-gen als stressvol of betuttelend kunnen ervaren en con-frontaties hierover uit de weggaan. Een niet-moraliserende open houding is hierin cruciaal. Huisartsen streven ernaar laagdrempelig zorg te bieden. Per slot van rekening moeten alle patiënten, ook de zorgmijders, zo min mogelijk barri-ères ervaren om bij acute gezondheidsproblemen hulp van hun huisarts te vragen.

Psychische klachten en lichamelijke gezondheid zijn sterk met elkaar verweven. Een integrale aanpak van de SGGZ samen met de huisarts gericht op verbetering van het functioneren en de kwaliteit van leven ligt het meest voor de hand. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welk organisatie- en financieringsmodel hierbij het beste past.

### CONCLUSIE

Huisartsen en hun POH's bespreken leefstijlveranderingen bij psychische klachten. Daarnaast bieden ze ketenzorg-programma's voor alle patiënten met diabetes mellitus,

COPD of een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Er zijn lokale initiatieven van kaderhuisartsen ggz om ketenzorg voor patiënten met EPA te implementeren. Leefstijlgeneskunde vereist bij uitstek een gezamenlijke aanpak van

huisartsen en sggz, maar deze samenwerking staat nog in de kinderschoenen. De sggz kan veel meer gebruikmaken van de expertise en de mogelijkheden van de huisarts.

## LITERATUUR

- Aschbrenner KA, Muewer KT, Bartels SJ, Pratt SI. Perceived social support for diet and exercise among persons with serious mental illness enrolled in a healthy lifestyle intervention. *Psychiatr Rehab J* 2013; 36: 65-71.
- Bruins J, Pijnenborg GHM, van den Heuvel ER, Visser E, Corpeleijn E, Bartels-Velthuis e.a. Persistent low rates of treatment of metabolic risk factors in people with psychotic disorders: a PHAMOUS study. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: 1117-25.
- Bruins J, Jörg F, Bruggeman R, Slooff C, Corpeleijn E, Pijnenborg M. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS ONE*. 2014; 9: e112276.
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016; 46: 2869-991.
- van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Improvement of care for the physical health of patients with severe mental illness: a qualitative study assessing the views of patients and families. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 426.
- van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131: 1387-96.
- van den Muijsenbergh M, Oosterberg E, Houwen J. C. Complexe zorg: wat werkt in de praktijk? *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D4508.
- Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 47: 83-102.
- Oud MJT, Schuling J, Slooff C, Groenier KH, Dekker J, Meyboom-de Jong. Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 29.
- Oud MJT, Schuling J, Slooff C, Groenier KH, Verhaak PFM, Dekker J. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 92.
- Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, e.a. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-Analysis. *World Psychiatry* 2015; 14: 339-47.



## SUMMARY

# Role of the GP in the lifestyle of patients with mental illnesses

M.J.T. OUD

- BACKGROUND** Prevention is a core task of general practitioners (GPs) and practice nurses. For a patient with a physical or psychological complaint, they broaden the conversation to include possible lifestyle factors. Patients with mental illness often have reduced health skills.
- AIM** To provide better insight into the role of the GP in the lifestyle of patients with psychological complaints or disorders.
- METHOD** To describe indicated and care-related prevention in primary care, including the working methods of GPs, integrated care, the GP care groups with general practitioners and the importance of cooperation with specialist mental health care.
- RESULTS** If a patient presents with physical or mental health complaints, the GP investigates a potential link with the patient's lifestyle. The GP discusses this with the patient or delegates to the practice nurse for a trajectory of intensive lifestyle guidance. GPs work according to the principle of 'stepped care', light intensity of guidance when possible and high intensity when needed. In general practice, multidisciplinary health care programmes are implemented for chronic diseases such as diabetes mellitus, COPD, or cardiovascular disorders. Patients with severe mental illness have a higher prevalence of these chronic diseases and, moreover, they experience barriers in managing their lifestyle.
- CONCLUSION** Diagnostics and treatment of these patients are a joint responsibility of primary and specialist health care but standardized systems for collaboration between these two have not been established yet. Psychiatrists could benefit much more from the knowledge and facilities that the GP can offer.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 968-973

**KEY WORDS** general practitioner, prevention, lifestyle, multidisciplinary care, mental illness

# De rol van de psychiater bij het metabool syndroom blijft onderbelicht

W.M.N.J. BUIS



Ook in het julinumnummer van dit tijdschrift verschenen al twee artikelen over verbetering van de leefstijl bij psychiatrische patiënten: ‘Hoe gezonde levensjaren winnen?’ (Destoop 2020) en ‘Thinking inside the box: leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek’ (Deenik e.a. 2020). In beide artikelen miste ik echter een wezenlijk aspect, namelijk wat wij zelf als psychiaters kunnen doen (of laten) om bij te dragen aan gezonde levensjaren.

## Rol psychiaters

Ik juich aandacht voor leefstijl, juist ook bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zeker toe. Maar ik wil erop wijzen dat de rol van onszelf als psychiaters bij het veroorzaken van risicofactoren voor somatische comorbiditeit en een kortere levensverwachting veel meer aandacht verdient. Dit aspect komt in deze twee artikelen slechts marginaal aan de orde. Vermeld wordt dat de psychofarmaca die wij voorschrijven iatrogene effecten kunnen hebben, met name gewichtstoename. En dat het beter is deze gewichtstoename vóór te zijn. Maar de beste manier om deze voor te zijn wordt niet genoemd: het voorschrijven van psychofarmaca die vaak leiden tot gewichtstoename en metabool syndroom zo veel mogelijk vermijden. Van de antipsychotica geeft olanzapine de meeste gewichtstoename, meer nog dan clozapine: volgens het Farmacotherapeutisch Kompas meer dan 7% bij 64,4% van de patiënten, meer dan 15% bij 31,7% en meer dan 25% bij 12,3%. Quetiapine geeft volgens Lareb bij 10-30% van de patiënten gewichtstoename. Bij beide middelen is er een groot risico op metabool syndroom, bij olanzapine is dit zeer groot. We vragen nogal wat van de patiënt om daar met leefstijlverbetering tegenop te boksen!

Toen ik bij Destoop las dat obesitas en metabool syndroom onafhankelijke voorspellers zijn voor terugval en heropnames (Manu e.a. 2014), vroeg ik me des te meer af of de winst van het zeer goede effect van olanzapine op de psychiatrische verschijnselen wel opweegt tegen de risico's.

## Samen afweging maken

Zowel in de zorgstandaard Psychose (2017) als de generieke modules ernstige psychiatrische aandoeningen (2017) en

bijwerkingen (2017) wordt benadrukt dat het bij de farmacotherapie van belang is de mogelijke voor- en nadelen van medicatie, en met name de kans op bijwerkingen, samen met de patiënt af te wegen. Al kan dat soms pas na de acute fase. En al zal er regelmatig geen alternatief zijn, zoals bij therapieresistente psychosen waarvoor clozapine geïndiceerd is.

In de spreekkamer zie ik zelden een patiënt die géén bezwaar heeft tegen gewichtstoename als mogelijke bijwerking. En u? Licht u patiënten voor over de mogelijke risico's van metabool syndroom? En zegt u dat er ook medicatie is waarbij dit risico niet of veel minder speelt? Of geeft u alleen de boodschap dat leefstijltraining en regelmatige screening dit risico verminderen?

Alternatieven en de kans op diverse bijwerkingen zijn o.a. te vinden in de zorgstandaard Psychose. Deze meldt dat amisulpride even werkzaam is als olanzapine. Dit kan inmiddels ook in Nederland voorgeschreven worden. Aripiprazol kan minder effectief zijn, maar heeft een gunstig profiel qua gewichtstoename, seksuele bijwerkingen en sedatie.

In de tijd dat bewegingsstoornissen nog de grootste zorg waren voor psychiaters heb ik een klein onderzoek gedaan om te achterhalen van welke bijwerkingen patiënten die depotantipsychotica gebruikten zelf de meeste last hadden (Buis 1992). Dat waren: 1. slaperigheid/sufheid, 2. snelle vermoeibaarheid en 3. gewichtstoename. Bewegingsstoornissen vonden ze duidelijk minder problematisch. Zouden de huidige patiënten daar anders over denken?

Graag wil ik de onlinekeuzehulp Persoonlijke Antipsychotica Keuzewijzer (PAKwijzer, ontwikkeld door Arkin en AMC (2015), [www.pakwijzer.nl](http://www.pakwijzer.nl)) aanbevelen. Deze wordt vermeld in de zorgstandaard Psychose en de generieke module Bijwerkingen. De patiënt kan invullen wat voor hem/haar zwaar of minder zwaar weegt qua bijwerkingen en beoogd effect. Op basis hiervan wordt een persoonlijke rangorde gemaakt van de diverse antipsychotica, die de behandelaar en patiënt kan helpen bij het maken van een keuze. In de toelichting wordt het grote risico op gewichtstoename door olanzapine als voorbeeld genoemd.

Samenvattend is mijn pleidooi om vanuit preventief oogpunt zo veel mogelijk als eerste stap een middel aan te bieden dat geen of weinig gewichtstoename geeft en geen verhoogd risico op metabool syndroom. Daarmee dragen we bij aan de somatische en psychische gezondheid en de kwaliteit van leven van de patiënten die aan onze zorg zijn toevertrouwd.

### Anders en beter

Het psychofarmacabeleid is bij uitstek het domein van de psychiater en daar valt waarschijnlijk nog veel te winnen. Daarnaast kan het benutten en bevorderen van behandelopties buiten medicatie goede perspectieven bieden, waardoor minder psychofarmaca nodig zijn. Nog lang niet elke patiënt heeft toegang tot cognitieve gedragstherapie, die volgens de zorgstandaard Psychose hoort bij het standaardaanbod voor psychosen. Hetzelfde geldt voor EMDR of exposure als tevens sprake is van PTSD. Muziektherapie blijkt een positief effect te hebben als aanvullende behandeling bij schizofrenie, met name ook op negatieve symptomen (Geretsegger e.a. 2017).

Veelbelovende opties die ook in Nederland al geboden worden en waarover gunstige berichten verschijnen over zeer beperkt antipsychoticagebruik zijn Open Dialogue en Soteriahuis. Open Dialogue wordt genoemd in de generieke module Herstelondersteuning en ervaringsdeskundigen zijn er enthousiast over; echter, eensluidend bewijs dat het effectief is, is er nog niet (Freeman e.a. 2019). Van Bouwel (2020) beschrijft dat patiënten en familieleden meer tevreden waren over een verblijf in een Soteriahuis bij een eerste psychotische episode dan over een reguliere opname, maar dat bevindingen over minder antipsychoticagebruik dan in de controlegroep dateren uit een tijd dat regulier hoger gedoseerd werd dan nu. De destigmatiserende en laagdrempelige benadering ziet zij als aanwinst voor de klinische en ambulante behandeling.

Het kan anders en beter in het belang van de patiënt. Door vooraf duidelijker met de patiënt en doorgaans ook diens naasten de verschillende keuzes te bespreken kunnen we daar allen aan meewerken.

### LITERATUUR

- Buis W. Patients' opinions concerning side effects of depot neuroleptics. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 844-5.
- Deenik J, Tenback D, Tak E, Hendriksen I, Van Harten P. Thinking inside the box: leefstijlverbetering bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 564-74.
- Destoop M. Hoe gezonde levensjaren winnen? *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 510-2.
- Freeman AM, Tribe RH, Stott JC, Pilling S. Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatr Serv* 2019; 70: 46-59.
- Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik L, Chen XJ, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5 CD004025.
- Manu P, Khan S, Radhakrishnan R, Russ M, Correll C. Body mass index identified as an independent predictor of psychiatric readmission. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 573-7.
- van Bouwel L. Soteriahuis in de huidige ggz; kleinschalige milieutherapeutische benadering voor opvang bij eerste psychotische episode. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 54-61.

### AUTEUR

**WIL BUIS**, psychiater, consultant voor huisartsen in 's-Hertogenbosch.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Wil Buis, Bronkhorstweg 3, 5363 TW Velp (NBr).  
E-mail: buispsy@gmail.com

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-8-2020.

### TITLE IN ENGLISH

The role of the psychiatrist in the metabolic syndrome remains underexposed

# ‘Je zou wat meer moeten sporten’; de ethiek van leefstijl en geestelijke gezondheid

K. HENS

**ACHTERGROND** Dat omgevingsfactoren en leefstijl een rol spelen in de geestelijke gezondheidszorg, staat buiten kijf. De laatste paar jaren is hier ook meer onderzoek naar gebeurd: de epigenetica heeft ons de moleculaire schakel getoond waardoor biologie en omgeving vervlochten zijn en bevindingen over de invloed van onze darmflora op de mentale gezondheid tonen het belang van juiste voeding aan. Toch rijzen er hier ook ethische vragen over hoe men leefstijladviezen goed kan integreren in de klinische praktijk.

**DOEL** Beschrijven van de normatieve impact van onze kijk op biologie en eigen verantwoordelijkheid en de plaats van leefstijl.

**METHODE** Beschouwing van ethische aspecten van leefstijl en leefstijladviezen.

**RESULTATEN** Ik bespreek de normatieve impact van onze kijk op biologie en eigen verantwoordelijkheid en beargumenteer dat leefstijl conceptueel een unieke plek inneemt tussen biologie en het psychosociale in. Ook worden valkuilen en mogelijkheden van de introductie van leefstijl in de klinische praktijk besproken.

**CONCLUSIE** Leefstijl bevindt zich in het gebied tussen biologie en het psychosociale, en werpt daarom een nieuw licht op het belang van bepaalde verklaringen voor het herstel en voor mogelijke behandelingen. Leefstijladviezen kunnen echter enkel ten volle benut worden in de therapie als hulpverleners ook een dialoog aangaan over aannames en verwachtingen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 976-980

**TREFWOORDEN** biologie, ethiek, leefstijl, verantwoordelijkheid



ARTIKEL



Dat leefstijl een positieve of negatieve impact kan hebben op mentaal welzijn is welbekend. Voeding en beweging zijn daarom onmiskenbaar een onderdeel van een multidisciplinaire aanpak van bepaalde psychische klachten. Recente bevindingen over de impact van het microbioom in de darmen op de psyche maken dit nog duidelijker: onderzoek met ratten liet bijvoorbeeld zien dat na transplantatie van het microbioom uit de darmen van patiënten met een ernstige depressieve stoornis gedragsmatige en fysiologische kenmerken van depressie optraden bij de

ratten (Kelly e.a. 2016). Ook zouden voedingsinterventies kunnen bijdrage aan het verminderen van depressieve klachten in hoogrisicogroepen, zoals Oenema e.a. (2020) elders in dit nummer bespreken.

Toch kan het, zowel in de kliniek als daarbuiten, lastig zijn om leefstijladviezen bespreekbaar te maken en uiteindelijk te praktiseren. Met het advies ‘je zou wat meer moeten sporten’ kunnen mensen niet altijd zoveel als zij met hun mentale problemen bij kennissen of bij medische professionals aankloppen. Dat is waarschijnlijk eraan toe te

schrijven dat leefstijl tussen het medisch-biologische denken en het psychosociale denken geplaatst kan worden: beide beïnvloeden elkaar en oplossingen liggen niet in het één of het ander. En het is juist dat onderscheid dat voor patiënten van belang kan zijn, zowel voor hoe zij naar hun eigen functioneren kijken als hoe zij naar hun therapie kijken.

### De rol van biologische verklaringen

Het belang van biologische verklaringen is bijvoorbeeld goed te zien in een onderzoek naar de ethiek van genetisch onderzoek en diagnose van autisme. Hier valt een aantal dingen op: er gebeurt inderdaad wel heel veel onderzoek naar de genetica van autisme, hoewel ‘het’ autismegen tot nu toe nog niet gevonden is, en men er in de meeste gevallen ook niet van uitgaat dat men dit zal vinden. Autismegenen zijn immers voor het overgrote deel susceptibiliteitsgenen: genetische verschillen die misschien de kans verhogen dat bij iemand autisme ontstaat.

Steevast staat er in wetenschappelijke artikelen over autismegenetica dat we andere factoren die met kandidaatgenen zouden interageren, moeten zoeken in de omgeving en eventueel de leefstijl van de moeder tijdens de zwangerschap, zonder veel in detail in te gaan op welke factoren dat dan zouden moeten zijn (Hens e.a. 2016). Onderzoek naar deze leefstijlfactoren komt echter veel minder voor dan onderzoek naar biologische oorzaken.

Waarom autisme vaak wordt voorgesteld als genetische aandoening, is echter niet alleen te verklaren aan de hand van de richting van het wetenschappelijk onderzoek. Interviews met autismeprofessionals, ouders van kinderen met autisme en mensen die op volwassen leeftijd een diagnose hadden gekregen, maken duidelijk dat die genen, en daarmee ook de biologische verankering van het fenomeen autisme, een belangrijke functie hebben (Hens e.a. 2016; Jacobs e.a. 2018): als autisme in je genen zit, valt niemand iets te verwijten, noch je ouders, noch jezelf. Volwassenen bij wie op latere leeftijd de diagnose autisme gesteld wordt, vertellen hoe nuttig het inzicht is dat autisme ‘in je hersenen en in je genen’ zit: na een leven van proberen en falen kunnen zij zichzelf nu aanvaarden zoals ze zijn (Hens & Langenberg 2018).

Ook hulpverleners en autismeprofessionals beamen dit: zij zijn zich ervan bewust dat de uitdagingen waarmee een patiënt met een diagnose in zijn of haar leven geconfronteerd wordt, verschillende oorzaken hebben, en niet allemaal teruggebracht kunnen worden tot een gen of een bepaald hersenverschijnsel. Toch beseffen zij dat het iemand ook kan helpen om een probleem als een specifieke, biomedische aandoening te duiden, en dat dit een eerste stap kan zijn naar een verwerkingsproces.

### AUTEUR

**KRISTIEN HENS**, bio-eticus en onderzoeker, afd. Wijsbegeerte, Universiteit Antwerpen & KU Leuven.

### CORRESPONDENTIEADRES

K. Hens, Universiteit Antwerpen, Departement Wijsbegeerte, Rodestraat 14, 2000 Antwerpen, België.  
E-mail: kristien.hens@uantwerpen.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-10-2020.

### Gevolg van biologische benadering

Het startpunt waar vanuit wij symptomen – en dus ook de rol van leefstijl daarin – benaderen, heeft echter grote invloed voor het vervolg. Immers, hoe we kijken naar de oorzaak van een symptoom verandert ook onze blik op hoe we denken ermee om te moeten gaan. Het idee dat een aandoening biologisch verankerd is in genen kan dus helpen en ontschuldigend werken.

Omgekeerd kan een verklaring vanuit eigen invloed met weinig aandacht voor het biologische er ook toe leiden dat de patiënt zich niet gehoord voelt. Voor iemand die in een zware depressie zit, is het advies ‘je moet meer gaan sporten’ vaak geen afdoende antwoord, omdat dit kan suggereren dat door toch wat meer je best te doen je niet in deze situatie terecht gekomen zou zijn.

De casus van depressie laat ook iets anders zien. Vaak wordt bijvoorbeeld automatisch aangenomen dat een biomedische verklaring inhoudt dat een behandeling ook ‘biomedisch’, en dus louter medicamenteus zal moeten zijn.

Autisme is een beetje een vreemde eend in de bijt omdat hier geen medicatie voor bestaat: de behandeling is gericht op aanvaarding en ondersteuning, niet op het proberen iemand te ‘genezen’ van autisme. Als andere aandoeningen, zoals ADHD en depressie, biomedisch gedacht worden, lijkt men hieruit vaak vanzelf af te leiden dat medicamenteuze oplossingen aangewezen zijn.

### Leefstijl: tussen genetica en zelfregie

De meeste psychiatrische aandoeningen laten zich niet vatten in een louter genetisch-biologische of psychosociale verklaring. Veel psychiaters volgen het biopsychosociaal model, waarin men de klachten op verschillende niveaus bekijkt. Echter, hoe deze niveaus met elkaar verbonden zijn, en hoe causale verklaringen en therapie zich tot elkaar verhouden, is veelal onuitgewerkt en onhelder.

Leefstijl kunnen we zien als een niveau dat zich juist tussen het genetisch-biologische en het psychosociale bevindt. Leefstijl werpt daarom interessante nieuwe vragen op en is ook een aanleiding om voorbij de dichotomie te denken.

Zo werpen recente bevindingen in de epigenetica een nieuw licht op de interactie en verstrengeling van genen en 'de rest'. De epigenetica suggereert dat leefstijl en de fysieke en psychosociale omgeving in het algemeen genexpressie beïnvloeden, en dat is minstens zo belangrijk als wat er in je genen geschreven staat. Bovendien zijn deze epigenetische stempels vaak ook overerfbaar: leefstijl en andere omgevingsfactoren zijn dus veel minder voorbijgaand dan voorheen gedacht werd, maar kunnen over generaties heen invloed uitoefenen.

### Afhankelijkheid versus eigen regie

Enerzijds lijkt de term leefstijl te suggereren dat het hier gaat om autonome keuzes van mensen over de manier waarop zij leven: leefstijlveranderingen lijken gemakkelijk implementeerbaar in de praktijk (men kan er zelf iets aan doen). Dit zorgt er echter ook voor dat leefstijladviezen door patiënten misschien nog moeilijker aanvaard worden dan medicamenteuze aanbevelingen, juist omdat ze de indruk zouden kunnen geven dat hierdoor de symptomen niet serieus genomen worden, of zelfs dat men er 'schuld' aan zou hebben dat men in deze situatie is terechtgekomen.

Echter, zoals reeds geschetst, kan het krijgen van een (biomedische) diagnose de patiënt ook helpen. Bovendien is het in een aantal gevallen ook een erkenning van bepaalde barrières die een gezonde leefstijl bemoeilijken. Als het doel is om vanuit een systemische kijk op geestelijke gezondheidszorg een geïntegreerde aanpak te bieden, zal een therapeut ook rekening moeten houden met het ontschuldigende effect van biomedische verklaringen. Het inzicht dat bijvoorbeeld de psychiatrische aandoening of het medicatiegebruik een gezonde leefstijl(verandering) bemoeilijkt, biedt de patiënt een realistisch perspectief, erkenning van de eigen ervaring en relativering van de eigen 'schuld'. Hoewel het ontschuldigende van een biomedische diagnose kan helpen en de aanvaarding van de eigen problematiek kan bespoedigen, kan dit ook een fatalisme in de hand werken doordat de eigen invloed buiten beschouwing wordt gelaten.

Bevindingen op het gebied van microbiom en de epigenetica, die sterk verbonden zijn met leefstijl, kunnen hierin misschien een tussenweg bieden: ze kunnen de weg wijzen naar een meer dynamische opvatting van gezondheid. Iemands genen en hersenen hoeven geen lotsbestemming te zijn: oorzaken en oplossingen zitten niet in het één of

het ander. Een probleem kan biologisch verankerd zijn, maar toch beïnvloedbaar. Dit kan ook voordelig zijn voor de keuzemogelijkheden voor de patiënt: deze kan bepalen welke leefstijladviezen en interventies, eventueel in combinatie met (farmacologische) ondersteuning, haalbaar zijn.

Deze keuzes zijn echter niet onbegrensd. Zo zijn veel aspecten van leefstijl cultureel bepaald. 'Gezond eten' is misschien niet voor iedereen in alle omstandigheden goed haalbaar. Soms zijn er financiële belemmeringen, soms leeft iemand in een cultuur waarbij het lastig is niet mee te doen met bijvoorbeeld een patroon van consumptie van fastfood. Als we nadenken over de bevindingen omtrent leefstijl, moeten we dat steeds doen met in het achterhoofd de gehele context waarin de persoon leeft: voor niet alle aspecten van deze context kunnen we individuen verantwoordelijk stellen en gepaste ondersteuning is nodig.

### De belofte van de precisiegeneeskunde

Een casus waar dit mogelijks problematisch is, is die van de (preventieve) precisiegeneeskunde. In het laatste decennium is gepersonaliseerde geneeskunde of precisiegeneeskunde in opmars. Met berekeningen op grote datasets zoekt men naar correlaties tussen genetica en omgevingsfactoren. Met deze bevindingen wil men dan individueel advies kunnen geven over de aanbevolen leefstijl op basis van genetica en andere biomarkers. Ook in het onderzoek naar geestelijke gezondheid stijgt de belangstelling naar deze aanpak (Schumann e.a. 2019). Met deze aanpak zou men dan immers bepaalde problemen kunnen voorkómen, en zou de nadruk kunnen komen te liggen op preventie, eerder dan op genezing.

Stel je een toekomst voor waar je op basis van een volledig biologisch profiel aanbevelingen kan krijgen over je levensstijl, waardoor je bijvoorbeeld kan vermijden dat je in een burn-out terechtkomt. Of je gezondheidsapp kan je laten weten dat je energieniveau wat te laag is en een aantal fruitsoorten en oefeningen adviseren. Je kan op basis hiervan je mentale gezondheid in eigen handen nemen.

Deze aanpak is beloftevol op papier, maar heeft een aantal beperkingen. Zo stellen we gezondheid misschien wat te vaak voor als iets objectief meetbaars. Voorts zal er ook bij een gepersonaliseerde en preventieve aanpak aandacht moeten zijn voor individuele waarden en voor de culturele en maatschappelijke context waarin bepaald gedrag voorkomt. Een benadering die te sterk de nadruk legt op gedragsverandering op basis van voorspellingen aan de hand van 'objectieve' biologische parameters heeft daarom het risico de plank mis te slaan.

Het lijkt vanzelfsprekend om een roker te wijzen op de gevaren van dit gedrag, en suggesties te doen voor programma's die hem of haar kunnen helpen om te stoppen. Echter, het roken of het ongezond eten kan voor deze persoon een zeer specifieke functie hebben, als ontspanning in een zeer onzekere baan, of als een essentieel onderdeel van sociaal contact met anderen. Louter medische aanbevelingen op basis van biomarkers kunnen deze context niet meenemen.

Een gepersonaliseerde gezondheidszorg integreert biologische en waardeaspecten, en is altijd meer dan louter een berekening op basis van parameters. Om iedereen de kans te geven de eigen gezondheid in handen te nemen, op een manier die empowerment in de hand werkt, zal men nog meer holistisch te werk moeten gaan. De afweging van medicamenteuze of leefstijlbehandeling zal ook hier rekening mee moeten houden.

### De rol van de hulpverlener

Een dergelijke holistische benadering houdt ook in dat hulpverleners zelf een aantal van de eigen aannames in ogeschouw nemen. Vragen die men kan stellen, zijn bijvoorbeeld: in hoeverre beïnvloeden de eigen opvattingen de houding tegenover leefstijladviezen? In hoeverre is deze patiënt op dit moment in deze context in staat om leefstijladviezen te volgen, en moet dit misschien nog verder ondersteund worden? Daarnaast impliceert een gepersonaliseerde en contextgerichte aanpak ook niet automatisch dat men de gehele behandeling louter aan de autonomie en keuze van de patiënt overlaat. Goede zorg houdt immers in dat men als hulpverlener bepaalde keuzes ook durft te bevragen en zelfs actief afraadt.

Tot slot wordt de hulpverlener die zijn of haar patiënt holistisch wil benaderen, met een aanpak waar ook leefstijladviezen een plaats krijgen, onvermijdelijk geconfron-

teerd met de vraag in hoeverre hij of zij dan zelf het goede voorbeeld moet geven. Misschien is het daarbij ook belangrijk te erkennen dat af en toe falen mag: leefstijladviezen kunnen immers iets dwingend hebben. Je (mentale) gezondheid in eigen handen nemen, kan bevrijdend werken, maar dan moet er ook plaats zijn voor begrip als dit een keer niet lukt.

### Conclusie

Bevindingen rond leefstijl en de relatie met mentale gezondheid zijn spannend en veelbelovend. Leefstijl bevindt zich in het gebied tussen biologie en het psychosociale, en werpt daarom een nieuw licht op het belang van bepaalde verklaringen voor het herstel. Ze kunnen echter enkel op een ethische manier geïntegreerd worden in de gezondheidszorg, als we de patiënt en zijn of haar waarde-systeem, omgeving, cultuur en context blijven zien als een geïntegreerd en dynamisch geheel, en als we ruimte maken voor mildheid tegenover het eigen falen. Ook epigenetica en leefstijl hoeven immers niet deterministisch geïnterpreteerd te worden, en verantwoordelijkheid hoeven we niet eenzijdig bij het individu te leggen: epigenetica toont bij uitstek aan dat mensen dynamisch zijn in hechte interactie met hun omgeving.

Als we deze dynamiek als uitgangspunt nemen, kunnen we met een frisse blik kijken naar de plek van leefstijladviezen in de klinische praktijk. Maar zulke leefstijladviezen kunnen enkel ten volle benut worden in de therapie als hulpverleners ook een dialoog aangaan over aannames en verwachtingen. Zo kunnen zij opvattingen over gezondheid, en de relatie met verantwoordelijkheid blootleggen en eventueel ter discussie stellen.

 Hens ontving een European Research Council (ERC) Starting Grant (Horizon 2020, projectnummer 804881).

### LITERATUUR

- Hens K, Langenberg R. Experiences of adults following an autism diagnosis. Springer International Publishing; 2018.
- Hens K, Peeters H, Dierickx K. Shooting a moving target. Researching autism genes: An interview study with professionals. Eur J Med Genet 2016; 59: 32-8.
- Jacobs D, Steyaert J, Dierickx K, Hens K. Implications of an autism spectrum disorder diagnosis: an interview study of how physicians experience the diagnosis in a young child. J Clin Med Res 2018; 7: 348.
- Kelly JR, Borre Y, O'Brien C, Patterson E, El Aidy S, Deane J, e.a. Transferring the blues: Depression-associated gut microbiota induces neurobehavioural changes in the rat. J Psychiatr Res 2016; 82: 109-18.
- Oenema A, de Ruijter D, Vingerhoets C, van der Wurff I, Bos D, Nicolaou M, e.a. Voeding bij psychische aandoeningen gedurende de levensloop; een overzicht van de evidentie. Tijdschr Psychiatr 2020;62: 927-35.
- Schumann G, Benegal V, Yu C, Tao S, Jernigan T, Heinz A, e.a. Precision medicine and global mental health. Lancet Glob Health 2019; 7: e32.

## SUMMARY

# You should exercise a bit more - The ethics of lifestyle and mental health

K. HENS

**BACKGROUND** The fact that environmental factors and lifestyle play a role in mental health is well known. In the last decades more research has gone into the link between environment and genetics: epigenetics has shown us the molecular link between these two, and the influence of the microbiome on mental health has demonstrated the importance of food. Still, ethical questions remain about how lifestyle advice can be integrated in clinical practice in an ethical way.

**AIM** To describe the normative import of our view on biology and individual responsibility and the place of lifestyle in the debate.

**METHOD** A consideration of ethical aspects of lifestyle and lifestyle advice.

**RESULTS** The normative import of our view on biology and individual responsibility and the place of lifestyle in the debate is described. It is argued that lifestyle has a unique place between biological and psychosocial concepts. Finally, the pitfalls and opportunities of introducing lifestyle in clinical practice are shown.

**CONCLUSION** Lifestyle is conceptually situated between the biological and the psychosocial, and sheds new light on the importance of certain explanations for recovery, and the relation with specific treatments. Lifestyle advice can only be used optimally in therapy if mental health care professionals also include a dialogue about assumptions and expectations.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 976-980

**KEY WORDS** biology, ethics, lifestyle, responsibility



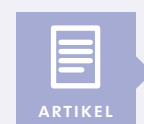
# De kunst van de lange adem: implementatie van leefstijlinterventies in de ggz

J. DEENIK, A. LOOIJMANS, F.R. KRUISDIJK, F. JÖRG

- ACHTERGROND** Steeds meer studies tonen de werkzaamheid van leefstijlinterventies aan voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, zowel preventief als curatief. Implementeren en succesvolle continuering van zulke interventies in de alledaagse praktijk blijkt echter een uitdaging.
- DOEL** Beschrijven van implementatiefactoren van verschillende leefstijlinterventies in de dagelijkse praktijk.
- METHODE** We bundelen de uitkomsten van drie recent afgeronde proefschriften en geven aanbevelingen en handvatten voor de praktijk.
- RESULTATEN** Bevorderende en belemmerende implementatiefactoren bleken grotendeels universeel te zijn voor setting en doelgroep. Zorgprofessionals en patiënten waardeerden en ondersteunden de ingezette leefstijlinterventies. Een gebrek aan prioriteit, erkenning en ondersteuning voor het onderwerp op organisatieniveau werden in alle studies als belemmerende factoren genoemd. Gelijktijdige inzet op verschillende componenten (zoals bewegen, voeding en ontspanning), afgestemd op mogelijkheden en interesses van patiënten en het stellen van haalbare doelen is van belang voor succes. Het betrekken van gekwalificeerd personeel met expertise in leefstijl, gedragsverandering en psychiatrie, en samenwerking tussen disciplines binnen de ggz en met ketenpartners daarbuiten zijn bovendien cruciaal.
- CONCLUSIE** Succesvolle implementatie van leefstijlinterventies in de geestelijke gezondheidszorg vereist een lange-termijnvisie, veranderingen in cultuur en gedrag en een lange adem in de uitvoering

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 981-989

**TREFWOORDEN** beweging, depressie, ernstige psychiatrische aandoening, implementatie leefstijlinterventies



Interventies die een gezonde leefstijl bevorderen (o.a. beweging, voeding en stoppen met roken) kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen en in de toekomst deels voorkómen van de aanzienlijk verhoogde ziektelast en verkorte levensduur van mensen met een psychiatrische aandoening (Plana-Ripoll e.a. 2020), zoals ook blijkt uit de overzichtsartikelen in dit themanummer. Het implementeren en volhouden van zulke interventies in de alledaagse praktijk blijken echter uitdagingen. Ondanks de toename van het wetenschappelijk bewijs voor leefstijl in de psychiatrie is er in de praktijk nog relatief weinig veranderd. De urgentie van aandacht voor deze zogenaamde *evidence-to-practice gap* is al meermaals aangehaald (bijv. McGrath 2016; Stewart 2015).

Implementatie van onderzoeksuitkomsten wordt ook bemoeilijkt doordat onderzoeken tot nog toe weinig zicht geven op effecten op langere termijn (follow-up vaak  $\leq 6$  maanden) en uitgevoerd zijn bij niet-representatieve deelnemers of omstandigheden (Bartels 2015; Naslund e.a. 2017; Lally e.a. 2018). Er is daarom behoefte aan meer onderzoek naar de effectiviteit en specifieke implementatiefactoren van leefstijlinterventies in de dagelijkse praktijk, waartoe ook werd opgeroepen in recente overzichtsstudies (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Firth e.a. 2019; 2020).

Dit soort onderzoek is echter schaars. Zelfs voor beweegin-terventies (veruit de meest onderzochte leefstijlfactor) is er een gebrek aan onderzoeken naar implementatiefacto-

ren in de dagelijkse praktijk (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Deenik e.a. 2019a). Onderzoek naar implementatiefactoren is niet alleen belangrijk voor zorgprofessionals en patiënten, maar ook voor beleidsmakers en andere betrokkenen om zeker te zijn van de langetermijnpact van investeringen in leefstijlinterventies en desinvestering in interventies met weinig bewijs voor succesvolle implementatie (Wiltsey Stirman e.a. 2012; Chambers e.a. 2013; Lennox e.a. 2018).

Zover bij ons bekend, zijn onze studies de eerste geweest in de Nederlandse ggz waarin leefstijlinterventies op de lange termijn in de dagelijkse zorg werden geëvalueerd, en implementatiefactoren werden geanalyseerd (Kruisdijk e.a. 2018; 2020; Looijmans e.a. 2018; Deenik e.a. 2019b). In dit artikel bieden we een overzicht van deze studies die in het kader van drie recent afgeronde promotieonderzoeken werden uitgevoerd en die aanknopingspunten en aanbevelingen bieden voor het implementeren van leefstijlinterventies in de dagelijkse (Nederlandse) praktijk.

## METHODE

Voor dit overzicht bundelden we evaluaties van implementatiefactoren van de LION-studie (*Lifestyle Intervention in severe mentally ill Outpatients in the Netherlands*; Looijmans e.a. 2018), EFFORT-D-studie (*EFFect Of Running Therapy on Depression*; Kruisdijk e.a. 2018; 2020) en MULTI-studie (*MULTidisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with severe mental illness*; Deenik e.a. 2019b). In **TABEL 1** beschrijven we kort de studies en hoe implementatiefactoren geanalyseerd werden.

## RESULTATEN

### LION-studie

Patiënten en verpleegkundigen waardeerden de webtool, maar vonden het moeilijk om concrete, haalbare doelen te stellen. Hoewel 77% van alle deelnemers ten minste eenmaal de webtool had ingevuld en doelen had gesteld, werd er bij 12% van hen geen enkel voortgangsverslag ingevuld, bij 56% werden er 2-7 voortgangsverslagen ingevuld en bij de overige 32% 11-18, terwijl er in totaal 23 verslagen beoogd waren (Looijmans e.a. 2018). Leefstijl had binnen de organisatie, mede door een bezuinigings- en reorganisatiegolf in de ggz, onvoldoende prioriteit (zie **TABEL 2**). Personeelwisselingen zorgden voor gebrek aan continuïteit, waardoor terugkombijeenkomsten nauwelijks bezocht werden. Leefstijl was noch op teamoverleg, noch in behandelplan een vast onderdeel; verantwoordelijkheid lag slechts bij enkele individuen met beperkte tijd.

### EFFORT-D-studie

Uit de procesevaluatie, uitgevoerd bij trainers en onder-

## AUTEURS

**JEROEN DEENIK**, postdoc onderzoeker, gezondheidspsycholoog en epidemioloog, GGz Centraal en School for Mental Health and Neuroscience, Universiteit Maastricht.

**ANNE LOOIJMANS**, postdoc onderzoeker, Gezondheidspsychologie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

**FRANK KRUISDIJK**, psychiater, GGz Centraal en Body@Work, TNO-VU Medisch Centrum.

**FREDERIKE JÖRG**, senior onderzoeker, GGZ Friesland en Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

### CORRESPONDENTIEADRES

Jeroen Deenik, GGz Centraal, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.  
E-mail: j.deenik@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-2020.

zoeksassistent, bleek dat vooral motivatiegebrek, bekend als symptoom van depressie, samenhang met zowel geringe deelname aan de studie als met uitval tijdens de studie. Mogelijke oorzaken waren de ernst van de depressie en de duur van de interventie. Een kortere interventieperiode en kleinere reisafstand werden als suggesties genoemd om deelname te verbeteren. Reorganisaties binnen de betrokken teams als gevolg van bezuinigingen hadden een negatieve invloed. Bij analyse van de persoonlijkheidstrekken van patiënten ( $n = 44$ ) bleek dat een hogere mate van vriendelijkheid (*agreeableness*) geassocieerd was met hogere mate van trouw aan het studieprotocol ( $OR: 1,2; p = 0,03$ ) (Kruisdijk e.a. 2020). In de interventiegroep was een ernstigere depressie geassocieerd met therapieontrouw ( $OR: 0,70; p = 0,05$ ).

### MULTI-studie

Medewerkers ( $n = 42$ , verpleegkundigen/begeleiders, psychiaters, teamleiders, activiteitenbegeleiders en diëtist) ervoeren organisatorische factoren als de grootste belemmering van implementatie, zoals tekort aan personeel, tijd en middelen en reorganisaties die twee keer plaatsvonden in 18 maanden MULTI (Deenik e.a. 2019b). Ook kostte het hun veel tijd en energie om patiënten te laten deelnemen. Patiënten ( $n = 33$ ) noemden de complexiteit van het meedoen aan MULTI en energie en moeite die hun dat kostten als grootste belemmerende factor. Dit hangt mogelijk samen

met organisatorische belemmeringen (bijv. gebrek aan tijd bij verpleegkundigen/begeleiders om afstemming op de individuele patiënt te verbeteren). De implementatie werd bevorderd door de positieve houding van zowel medewerkers als patiënten tegenover *MULTI* en hun eigen rol en verantwoordelijkheid hierin. Het meedoen van medewerkers aan activiteiten bleek als onderdeel van de sociale steun een essentieel element voor patiënten.

## DISCUSSIE

In dit artikel beogen we de ervaringen en analyses te bundelen van implementaties van verschillende leefstijlinterventies in de alledaagse praktijk. Veel implementatiebarrières bleken universeel, waarbij met name de ziektegerelateerde uitdagingen bij de deelname van patiënten en belemmerende factoren op organisatieniveau centraal stonden. We bediscussieren in het licht van de literatuur de uitkomsten, en doen op grond daarvan een aantal aanbevelingen die kunnen bijdragen aan toekomstige implementaties in de praktijk.

### Prioriteit en erkenning

Prioriteit geven aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en het creëren van omstandigheden waarin dat mogelijk wordt, zijn essentieel voor het uiteindelijke succes van leefstijlinterventies (Bartels e.a. 2015). Het gebrek hieraan vormde de belangrijkste belemmerende factor in de uitvoering en/of het continueren van de benodigde verandering passend bij de interventies. Een visie op de noodzaak en potentie van leefstijlverbetering op basis van wetenschappelijke evidentie is nodig.

Dit betekent ook definitief afscheid nemen van het nog regelmatig aanwezige therapeutisch nihilisme dat mensen met een psychiatrische aandoening niet in staat zijn hun gezondheidstoestand te verbeteren (Bartels 2015; Ward e.a. 2017). Deze prioriteit en erkenning zijn op overkoepelend organisatieniveau (raden van bestuur, branche- en beroepsorganisaties, zorgverzekeraars, het ministerie) nodig voor grootschalige verandering.

Op lager organisatieniveau (bijv. individuele teams of regio's) hoeft men hier niet op te wachten. Een pragmatisch en behapbaar startpunt voor teams is te reflecteren op de vraag: in hoeverre wordt dit moment een inactieve/ongezonde leefstijl gefaciliteerd (bijvoorbeeld aanbieden/faciliteren van ongezonde voeding of rookwaar, overnemen van activiteiten die men zelf kan, in stand houden van een omgekeerd dag- en nachtritme en gebrekkige voorbeeldfunctie van het personeel)?

Vervolgens kan nagedacht worden over wat er binnen de huidige kaders mogelijk is om dat te veranderen (bijvoorbeeld bespreekbaar maken van het onderwerp, aanbieden van gezonde alternatieven en ontmoedigen van ongezonde

keuzes, behandelgesprekken lopend doen of na het eten samen wandelen) en te inventariseren wat eventueel extra nodig is om verbetering in te zetten (bijv. uitbreiding van (activiteiten)aanbod, faciliteiten of scholing, laagdrempelige diëtetiek, wijzigingen in het rooster zodat er samen gekookt kan worden of meer ruimte voor begeleide sport/beweegactiviteiten ontstaat).

Een verschuiving van de discussie *of we iets aan leefstijl moeten doen naar hoe we er iets aan gaan doen*, is op ieder organisatieniveau nodig. Leefstijl is bij uitstek een thema waarbij de invulling van het *hoe* sterk beïnvloed wordt door maatschappelijk-culturele en persoonlijke opvattingen en morele dilemma's. Het is daarom sterk aan te bevelen om hier doorlopend over in gesprek te blijven, afspraken te maken en wetenschappelijke onderbouwing en landelijke richtlijnen te volgen voor een eenduidig en duurzaam beleid.

### Inzetten op meerdere componenten

Leefstijl, ook wel gezondheidsgedrag, is breed en omvat onder andere beweging, voeding, roken en middelengebruik, slaap en ontspanning. Inzetten op slechts één aspect veroorzaakt een waterbedeffect: door meer te bewegen of te stoppen met roken kunnen mensen bijvoorbeeld meer trek krijgen en gezond eten is dan cruciaal. Een geïntegreerde aanpak gericht op meerdere leefstijlcomponenten (inclusief bijvoorbeeld psycho-educatie en vaardigheidstraining), sociale steun van groepsgenoten en die plaatsvindt onder begeleiding van gekwalificeerde professionals (zie volgende paragraaf) heeft de meeste kans op succes (bijv. Lederman e.a. 2017; Teasdale e.a. 2017; Firth e.a. 2019). Het is van belang om de combinatie van leefstijlfactoren te bespreken met patiënten, ook om teleurstelling en demotivatie te voorkomen. Zo is gewichtsverlies een van de meest genoemde motivaties van patiënten om mee te doen aan beweeginterventies, terwijl dat niet lukt zonder aandacht voor het voedingspatroon (Firth e.a. 2016). Ter stimulatie van motivatie helpt het om samen met de patiënt na te gaan welke uitkomst voor hem of haar relevant is. In plaats van gewichtsverlies kan dit bijvoorbeeld ook algehele fitheid, geestelijke gezondheid of sociaal contact zijn. Het is belangrijk om daarbij haalbare doelen te stellen. Een zogenoemde *small change approach* met activiteiten of dieet die goed vol te houden zijn, laat op de langere termijn beter resultaat zien dan een streng intensief regime (Firth e.a. 2019). Zo kan een gewichtsafname van 5% het risico op hart- en vaatziekten bijvoorbeeld al aanzienlijk verminderen (Brown e.a. 2016) en kan men al starten met eerder uit bed komen, een dagelijks blokje om of minder suikerhoudende dranken drinken. Van *niets* naar *iets* is vaak de belangrijkste stap naar verandering. Succeservaringen kunnen vervolgens een opmaat zijn naar vervolgstappen.

**TABEL 1** Beschrijving van de LION-, EFFORT-D- en MULTI-studie en de gebruikte methode voor het analyseren van implementatiefactoren

Studie (opzet, n)	Doelgroep	Interventie
LION (RCT, n = 281)	Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de ambulante zorg.	Webtool <i>Leefstijl in beeld</i> in combinatie met motiverende gesprekstechnieken van verpleegkundigen. De webtool bracht het leefstijlgedrag van patiënten in kaart (groen, oranje of rood naarmate het meer of minder gezond was). Dit creëerde bewustwording. Patiënten stelden vervolgens doelen voor zichzelf, die in tweewekelijkse gesprekken gemonitord en bijgesteld werden.
EFFORT-D (RCT, N = 48)	Mensen met een matige tot ernstige depressieve episode, zowel ambulante als klinisch.	Fysiek trainingsprogramma (runningtherapie of Nordic walking). De trainingen werden 2 maal per week ingepland gedurende 6 maanden, waarvan eenmaal begeleid door ervaren trainers. De beoogde inspanning was gericht op 60% van de maximale hartfrequentie. Beoogd werd een inspanning volhouden van minimaal 30 minuten op dit niveau aan het einde van de reeks trainingen.
MULTI (cohort, n = 114)	Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in de kliniek.	De multidisciplinaire leefstijlgerichte behandeling richtte zich vooral op vermindering van sedentair gedrag, verhogen van fysieke activiteit en verbetering van voeding- en eetgewoonten. De gezamenlijke dagstructuur (opstaan, drie maaltijden per dag en een actief dagprogramma) vormde een belangrijke basis. Het dagprogramma bestond uit sport- en werkgerelateerde activiteiten, psycho-educatie en vaardigheidstraining. Door afstemming op heterogeniteit in ziekte-ernst, mogelijkheden en interesses van patiënten, konden uiteindelijke frequentie, intensiteit en soort activiteiten variëren tussen patiënten en afdelingen. Meedoen van het team aan het dagprogramma was een belangrijk kernelement.

LION: Lifestyle Intervention in severe mentally ill Outpatients in the Netherlands; EFFORT-D: Effect Of Running Therapy on Depression; MULTI: Multidisciplinary Lifestyle enhancing Treatment for Inpatients with severe mental illness; RCT: gerandomiseerde gecontroleerde trial.

### Ondersteuning en gekwalificeerd personeel

De beschreven studies bevestigen dat het voor mensen met een psychiatrische aandoening een uitdaging is om mee te doen aan leefstijlinterventies en dat meer ondersteuning nodig is om deze barrière te slechten. Het inzetten op zelfmanagement zoals in de LION-studie werkt maar voor een zeer beperkt deel van de populatie. Hoewel we dit weten, doen we hier in de praktijk regelmatig nog een beroep op. We gaan er nog te veel van uit dat mensen uit zichzelf gebruik zullen maken van bepaalde faciliteiten of zichzelf inschrijven voor activiteiten of programma's. Zoals ook bevestigd in de EFFORT-D-studie, doen de mensen die het meeste baat bij leefstijlinterventies zouden hebben (grotere ziektelast, zowel psychisch als lichamelijk) er het minst vaak uit zichzelf aan mee. Leefstijlinterventies en de benodigde ondersteuning daarbij moeten aansluiten op de behoeften en mogelijkheden van patiënten. Voor dit laatste is het van belang om naast uitdagingen in symptomen

en cognitief functioneren, ook rekening te houden met laaggeletterdheid (Clausen e.a. 2016). Sociale steun van zowel medepatiënten als zorgprofessionals (het 'samen doen') is in de ondersteuning van grote waarde, zoals ook bleek uit de MULTI-studie waarin begeleiders meededen met het activiteitenprogramma. Dit is ook in lijn met eerder onderzoek dat suggereert dat betrokkenheid en een gezonde leefstijl van zorgprofessionals het waarschijnlijker maken dat patiënten hun leefstijl verbeteren (Fie e.a. 2012; Hutchison e.a. 2016; Rosenbaum e.a. 2016). Behalve patiënten zelf ervaren de zorgprofessionals eveneens moeite om mensen te betrekken en betrokken te houden bij leefstijlinterventies. Gerichte aandacht van zorgprofessionals voor motiverende factoren vanaf het begin van een beweegstudie of -programma is erg relevant voor het slagen ervan (Kruisdijk e.a. 2018), maar is vaak nog een uitdaging. Deze uitdaging (met o.a. gebrek aan initiatief) is kenmerkend voor de doelgroep, gerelateerd

## Hoofduitkomst

Uitval in de studie bleef beperkt (30% na 1 jaar). De gezondheid van patiënten die de webtool gebruikten, was na 1 jaar interventie niet méér verbeterd dan die van de controlegroep (Looijmans e.a. 2019). De motivatie voor gezonder eetgedrag was wel iets toegenomen in de interventiegroep.

Er was een hoog percentage uitval van 40% na 3 maanden, 55% na 6 maanden en 80% na 12 maanden. Hierdoor konden analyses enkel op 3 maanden uitgevoerd worden. De interventie had na 3 maanden geen effect op de ernst van de depressie (Kruisdijk e.a. 2019). Er werden wel aanzienlijke effecten gevonden op de fysieke fitheid en cardiovasculaire risicofactoren.

Iedere patiënt had op een voor hem/haar afgestemde manier deelgenomen. Oorzaak van uitval was verhuizing, overlijden of missende metingen. Na 18 maanden was er bij mensen die MULTI volgden (n = 65) een verbetering zichtbaar in lichamelijke gezondheid, fysieke activiteit, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik, vergeleken met een groep die de gebruikelijke behandeling continueerde (n = 49) (Deenik e.a. 2018a;b; 2019c).

## Methode van implementatieanalyse

Procesevaluatie volgens het model van Wierenga e.a. (2013), waarbij barrières en bevorderende factoren onderscheiden konden worden op het niveau van de patiënten, verpleegkundigen, interventie, organisatie en sociaal-politieke omgeving.

Procesevaluatie op basis van de methode van Linnan en Steckler (2002), waarbij uitval en *no-show* kwalitatief en kwantitatief werden geregistreerd. Associaties tussen uitval en patiënt- en ziektegerelateerde kenmerken bij aanvang werden geanalyseerd. Logistische-regressieanalyse van determinanten van deelnametrouw in zowel de studiegroep als geheel als in de interventiegroep.

Op basis van het *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties* (Fleuren e.a. 2014a;b) werden bevorderende en belemmerende implementatiefactoren geïdentificeerd bij patiënten en medewerkers, op het niveau van de interventie, gebruikers (patiënten/medewerkers), organisatie en sociaal-politieke omgeving.

aan ziektebeelden en -ernst en werd ook in eerder onderzoek als belangrijkste barrière genoemd (Happell e.a. 2013; Robson e.a. 2013). Een gebrek aan initiatief moet echter niet verward worden met een gebrek aan motivatie. Iemand kan gemotiveerd zijn, maar door symptomen van de psychiatrische aandoening of bijwerkingen van medicatie het lastig vinden om zelfstandig ergens toe te komen (Firth e.a. 2016).

Teams hebben ondersteuning nodig van gekwalificeerd personeel met expertise in leefstijl, gedragsverandering en psychiatrie. Leefstijlinterventies met gekwalificeerde professionals (zoals bewegingsagogen, psychomotorisch therapeuten of diëtisten) laten grotere effecten en lagere uitval zien dan interventies met niet-gespecialiseerde medewerkers (Teasdale e.a. 2017; Stubbs e.a. 2018). Een betere integratie van zulke disciplines in de ggz kan bovendien bijdragen aan betere leefstijlkennis en -vaardigheden van personeel (Firth e.a. 2019).

## Samenwerking

Een multimodale leefstijlaanpak zoals voorgesteld staat of valt met een goede samenwerking tussen verschillende disciplines, zoals de verpleegkundige/begeleider, psychiater, huisarts, diëtist en beweegexpert, maar ook facilitaire diensten die bijvoorbeeld eet- en drinkvoorzieningen organiseren of sportcomplexen beheren. Samenwerking met patiënten zelf is hier ook van groot belang, aangezien nog regelmatig voor hen wordt ingevuld wat zij al dan niet kunnen en wensen. In de besproken studies werden zulke samenwerkingen als zeer positief en ondersteunend ervaren, maar ze moeten wel gefaciliteerd worden. Afstemming en samenwerking tussen genoemde partijen is nog niet vanzelfsprekend, en vooral in de ambulante setting een flinke uitdaging.

De ggz kan hierbij enerzijds veel leren van het werken aan en verbeteren van een gezonde leefstijl en goede lichamelijke gezondheid in de reguliere (niet-ggz-)zorg. Anderzijds

**TABEL 2** Belemmerende en bevorderende implementatiefactoren gevonden in de LION-, EFFORT-D- en MULTI-studie, gecategoriseerd per implementatieniveau

Niveau	LION	EFFORT-D	MULTI
Interventie	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ patiënten en medewerkers positief over webtool</li> <li>– lastig om concrete doelen te stellen</li> <li>– voortgangsverslag invullen hoge administratieve last</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ medewerkers positieve houding en goede deelname aan interventie</li> <li>– reisafstand</li> <li>– duur interventie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ patiënten en medewerkers positief over opzet MULTI</li> <li>– patiënten: complexiteit deelname</li> </ul>
Gebruiker (zorgprofessional / patiënt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ toename kennis en belang gezonde leefstijl</li> <li>– medewerkers: complexiteit motiveren patiënten</li> <li>– tijdgebrek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ hogere mate van vriendelijkheid patiënten</li> <li>– motivatiegebrek</li> <li>– hogere ziekte-ernst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ werkplezier</li> <li>+ taakopvatting</li> <li>+ uitkomstverwachting</li> <li>+ sociale steun</li> <li>– medewerkers: complexiteit motiveren patiënten</li> <li>– persoonlijke nadelen patiënten</li> </ul>
Organisatie en sociaal-politieke context	<ul style="list-style-type: none"> <li>– reorganisatie en turbulentie</li> <li>– personeelsbezetting en -verloop</li> <li>– verantwoordelijkheid bij enkele individuen met beperkt tijd</li> <li>– gebrek prioriteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– reorganisatie en turbulentie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– reorganisatie en turbulentie</li> <li>– personeelsbezetting en -verloop</li> <li>– beschikbaarheid tijd, materialen en (financiële) middelen</li> <li>– onvoldoende bekrachtiging van (hoger) management</li> </ul>

– belemmerende factor; + bevorderende factor

zou de niet-ggz-zorg zich meer kunnen specialiseren in het begeleiden en behandelen van mensen met een psychiatrische aandoening, die vaak meer ondersteuning nodig hebben of klachten anders presenteren. Kennisuitwisseling tussen deze partijen, inclusief betere inbedding van leefstijl en ggz in vooropleidingen van professionals in beide sectoren, is noodzakelijk en in ieders belang (Gezondheidsraad 2020).

### Tools

De beschreven aanbevelingen zijn gebaseerd op eerder onderzoek en lijken bij tijd en wijle open deuren. Hoe kan men dan in eigen dagelijkse praktijk zicht krijgen op bevorderende en belemmerende implementatiefactoren en hoe kunnen barrières vervolgens worden beslecht? Hiervoor kan men verschillende instrumenten en handreikingen gebruiken.

– Het *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties* (MIDI; Fleuren e.a. 2014a; Fleuren e.a. 2014b, [www.tno.nl/midi](http://www.tno.nl/midi)), ontwikkeld door implementatiedeskundigen van TNO, helpt zicht te krijgen op bevorderende en belemmerende implementatiefactoren bij de interventie, gebruikers (patiënten/medewerkers), organisatie en sociaal-politieke omgeving. Dit geeft inzicht in waar de

aandachtspunten voor succesvolle implementatie liggen en kan men gebruiken voorafgaand of ter evaluatie van de implementatie.

- Daarnaast ontwikkelde ZonMw een handige en uitgebreide implementatie-invaltool ([www.publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan](http://www.publicaties.zonmw.nl/maak-zelf-een-implementatieplan)), waarin onder andere concrete strategieën en oplossingsrichtingen staan die men kan inzetten op de gevonden aandachtspunten.
- Als het gaat om opschaling van een succesvolle interventie, wellicht in combinatie met onderzoek, is een implementatieraamwerk zoals PRACTIS (PRACTical planning for Implementation and Scale-up; Koorts e.a. 2018) nuttig (voor toelichting zie: Deenik e.a. 2019a). Deze instrumenten en handreikingen zijn vrij toegankelijk en te gebruiken, evenals een voorbeeld van de MIDI-vragenlijst zoals gebruikt in de MULTI-studie (Deenik e.a. 2019b) die als aanvullend document bij dit artikel gedownload kan worden (zie sectie Meetinstrumenten op de site van het Tijdschrift).

### Kanttekeningen

Het huidige overzicht moet we zien in het licht van een aantal kanttekeningen. De betrokken studies zijn in ver-

schillende instellingen en contexten uitgevoerd, wat mogelijk invloed heeft op de generaliseerbaarheid. Dat de resultaten grotendeels met elkaar en bestaande literatuur overeenkomen, suggereert echter dat uitkomsten universeel zijn voor de gez.

Daarnaast betreft het een pragmatische *lessons-learned* evaluatie van interventies die op zichzelf niet zijn gestart met een vooropgezet implementatieplan en waarbij de evaluatie van implementatiefactoren volgens verschillende al dan niet systematische methoden is uitgevoerd. Zover wij weten behoren deze onderzoeken echter tot de enige waarin men implementatiefactoren van (multidisciplinaire) leefstijlinterventies in de dagelijkse geestelijke gezondheidszorg evalueerde in Nederland en is er ook internationaal nog een gebrek aan (eenduidig) uitgevoerde studies hierin (Czosnek e.a. 2019; Deenik e.a. 2019a).

Evaluatie van interventies met een vooraf gedefinieerde implementatiestrategie gebaseerd op de beschreven aanbevelingen is nodig om betere uitspraken te kunnen doen over de waarde hiervan. Een meer eenduidige en systematische methode van evaluatie van implementatiefactoren in toekomstig onderzoek kan onderlinge vergelijkbaarheid verbeteren en daarmee tevens inzicht geven in instellings-overstijgende strategieën die mogelijk nodig zijn. In onderzoek naar de implementatie van leefstijlin-

terventies dienen evaluaties van kosten en ongewenste effecten (*adverse events*) tevens onderdeel te zijn, als cruciale factoren voor duurzame implementatie en opschaling die nu vaak nog gemist worden (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019; Firth e.a. 2019).

## CONCLUSIE

Leefstijlinterventies kunnen een belangrijke rol spelen in het terugdringen van en in de toekomst deels voorkómen van de aanzienlijk verhoogde ziektelast en verkorte levensduur van mensen met een psychiatrische aandoening. Uitkomsten van drie recente proefschriften suggereren dat bevorderende en belemmerende implementatiefactoren in grote lijnen universeel zijn voor setting en doelgroep. Implementatie van leefstijlinterventies gaat hand in hand met cultuur- en gedragsverandering en vereist niet alleen een langetermijnvisie, maar ook een lange adem in de uitvoering.

De alledaagse praktijk is de uitdagendste, maar ook de belangrijkste plek om wetenschappelijke evidentie te vertalen in de zorg en eenieder in de zorg heeft daar invloed op. Met de gegeven aanbevelingen hopen we concrete handreikingen te bieden voor toekomstige implementaties in de praktijk, om daarmee (nog) beter te bereiken wat we al heel lang weten: mens sana in corpore sano.

## LITERATUUR

- Bartels S, Brunette M, Aschbrenner K, Daumit G. Implementation of a system-wide health promotion intervention to reduce early mortality in high risk adults with serious mental illness and obesity. *Implementation Science* 2015; 10: A15.
- Bartels SJ. Can behavioral health organizations change health behaviors? The STRIDE study and lifestyle interventions for obesity in serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 9-11.
- Brown JD, Buscemi J, Milsom V, Malcolm R, O'Neil PM. Effects on cardiovascular risk factors of weight losses limited to 5-10. *Transl Behav Med* 2016; 6: 339-46.
- Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implement Sci* 2013; 8: 117.
- Clausen W, Watanabe-Galloway S, Bill Baerentzen M, Britigan DH. Health Literacy Among People with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J* 2016; 52: 399-405.
- Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care* 2012; 50: 217-26.
- Czosnek L, Lederman O, Cormie P, Zopf E, Stubbs B, Rosenbaum S. Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review to inform translation efforts. *Mental Health and Physical Activity* 2019; 16: 140-51.
- Deenik J, Czosnek L, Teasdale SB, Stubbs B, Firth J, Schuch FB, e.a. From impact factors to real impact: translating evidence on lifestyle interventions into routine mental health care. *Transl Behav Med* 2019a.
- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Blanson Henkemans OA, Rosenbaum S, Hendriksen IJM, e.a. Implementation barriers and facilitators of an integrated multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: the MULTI study IV. *BMC Health Serv Res* 2019b; 19: 740.
- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Hendriksen IJM, van Harten PN. Improved psychosocial functioning and quality of life in inpatients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment. *The MULTI study II. Mental Health and Physical Activity* 2018a; 15: 145-52.

- Deenik J, Tenback DE, Tak ECPM, Rutters F, Hendriksen IJM, van Harten PN. Changes in physical and psychiatric health after a multidisciplinary lifestyle enhancing treatment for inpatients with severe mental illness: The MULTI study I. *Schizophr Res* 2019c; 204: 360-7.
- Deenik J, Tenback DE, van Driel HF, Tak ECPM, Hendriksen IJM, van Harten PN. Less Medication Use in Inpatients With Severe Mental Illness Receiving a Multidisciplinary Lifestyle Enhancing Treatment. The MULTI Study III. *Front Psychiatry* 2018b; 9: 707.
- Fie S, Norman IJ, While AE. The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: A systematic review. *Health Educ J* 2012; 72: 102-19.
- Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2016; 46: 2869-81.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675-712.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Gilbody S, e.a. A meta-review of 'lifestyle psychiatry': the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental illness. *World Psychiatry* 2020.
- Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovations. *Int J Qual Health Care* 2014a; 26: 501-10.
- Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI). Leiden: TNO; 2014b.
- Gezondheidsraad. *Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen*. Den Haag: De Gezondheidsraad; 2020.
- Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Survey of Australian mental health nurses on physical activity promotion. *International Journal of Mental Health Promotion* 2013; 15: 148-61.
- Hutchison SL, Terhorst L, Murtaugh S, Gross S, Kogan JN, Shaffer SL. Effectiveness of a Staff Promoted Wellness Program to Improve Health in Residents of a Mental Health Long-Term Care Facility. *Issues Ment Health Nurs* 2016; 37: 257-64.
- Koorts H, Eakin E, Estabrooks P, Timperio A, Salmon J, Bauman A. Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018; 15: 51.
- Kruisdijk F, Hendriksen I, Tak E, Beekman A-J, Hopman-Rock M. EFFORT-D study process evaluation: challenges in conducting a trial into the effects of running therapy in patients with major depressive disorder. *Annals of General Psychiatry* 2018; 17: 10.
- Kruisdijk F, Hopman-Rock M, Beekman ATF, Hendriksen I. EFFORT-D: results of a randomised controlled trial testing the effect of running therapy on depression. *BMC Psychiatry* 2019; 19: 170.
- Kruisdijk FR, Hopman-Rock M, Hendriksen IJM, Beekman ATF. Personality traits as predictors of exercise treatment adherence in major depressive disorder: lessons from a randomized clinical trial. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2020.
- Lally J, Watkins R, Nash S, Shetty H, Gardner-Sood P, Smith S, e.a. The representativeness of participants with severe mental illness in a psychosocial clinical trial. *Front Psychiatry* 2018; 9: 654.
- Lederman O, Suetani S, Stanton R, Chapman J, Korman N, Rosenbaum S, e.a. Embedding exercise interventions as routine mental health care: implementation strategies in residential, inpatient and community settings. *Australas Psychiatry* 2017; 25: 451-5.
- Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: a systematic review of sustainability approaches in healthcare. *Implement Sci* 2018; 13: 27.
- Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry* 2019; 19: 339-.
- Looijmans A, Jörg F, Corpeleijn E, Schoevers R. Introducing lifestyle interventions in long-term psychiatric care: lessons learned from two pragmatic randomized controlled trials. In: Looijmans A, red. *Lifestyle interventions in patients with a severe mental illness*. Groningen: University of Groningen; 2018. p. 163.
- McGrath JJ. No mental health without physical health - a call to arms. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; 25: 195-6.
- Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2017; 47: 83-102.
- Plana-Ripoll O, Weyerer N, Momen NC, Christensen MK, Iburg KM, Laursen TM, e.a. Changes Over Time in the Differential Mortality Gap in Individuals With Mental Disorders. *JAMA Psychiatry* 2020.
- Robson D, Haddad M, Gray R, Gournay K. Mental health nursing and physical health care: a cross-sectional study of nurses' attitudes, practice, and perceived training needs for the physical health care of people with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 409-17.
- Rosenbaum S, Watkins A, Ward PB, Pearce D, Fitzpatrick K, Curtis J. Psychiatry heal thyself: a lifestyle intervention targeting mental health staff to enhance uptake of lifestyle interventions for people prescribed antipsychotic medication. *Eur Psychiatry* 2016; 33: S619.
- Steckler A, Linnan L. *Process evaluation for public health interventions and research*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2002.
- Stewart R. Mental disorders and mortality: so many publications, so little change. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 410-1.



- Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, e.a. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-44.
- Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 110-8.
- Ward PB, Firth J, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B, Curtis J. Lifestyle interventions to reduce premature mortality in schizophrenia. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: e14.
- Wierenga D, Engbers LH, Van Empelen P, Duijts S, Hildebrandt VH, Van Mechelen W. What is actually measured in process evaluations for worksite health promotion programs: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 1190.
- Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci* 2012; 7: 17.

## SUMMARY

# The art of endurance: implementation of lifestyle interventions in mental healthcare

J. DEENIK, A. LOOIJMANS, F.R. KRUISDIJK, F. JÖRG

**BACKGROUND** An increasing number of studies in people with mental illness have demonstrated the efficacy of lifestyle interventions for both mental and physical health. However, implementing and sustaining such interventions in routine mental healthcare is challenging.

**AIM** To describe implementation barriers and facilitators of various lifestyle interventions in routine mental healthcare.

**METHOD** In this paper we summarise the results of three recent doctoral theses and provide recommendations for routine mental healthcare.

**RESULTS** Enabling factors and barriers for successful implementation appeared to be universal across various settings and patient populations. Mental healthcare professionals and patients appreciated and supported the lifestyle interventions. A lack of priority, recognition and support on the organisational level were reported as barriers in all the studies. Addressing various lifestyle behaviours simultaneously (e.g. physical activity and diet), personalised to the patients' abilities and preferences, and setting measurable and attainable goals, were important for success. Moreover, involving qualified professionals (e.g. exercise professionals and dietitians with expertise in mental healthcare) and ensuring cooperation between patients and healthcare professionals and disciplines within and outside mental healthcare appeared crucial.

**CONCLUSION** Successful implementation of lifestyle interventions in mental healthcare requires changes in culture and behaviour, a long-term strategy and endurance.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 981-989

**KEY WORDS** depression, implementation, lifestyle interventions, physical activity, severe mental illness

# Gedragsverandering: pas ook (en misschien zelfs eerst) de omgeving aan

FILIP BOEN



## LITERATUUR

- Hallez L, Qutteina Y, Raedschelders M, Boen F, Smits T. That's my cue to eat: a systematic review of the persuasiveness of front-of-pack cues on food packages for children vs. adults. *Nutrients* 2020; doi: 10.3390/nu12041062.
- de Ridder D, Tummels L. *Nudging: makkelijke oplossingen voor moeilijke keuzes*. Amsterdam: Prometheus; 2019.
- Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. Londen: Penguin Books; 2009.

## AUTEUR

**FILIP BOEN**, hoogleraar Sport- en bewegingspsychologie, departement Bewegingswetenschappen, KU Leuven.  
E-mail: filip.boen@kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-10-2020.

Wanneer professionals in de gezondheidszorg reflecteren over de motivatie van patiënten om hun levensstijl te veranderen - of het nu gaat over voeding, bewegen, roken of ander gezondheidsgerelateerd gedrag - dan borrelt al snel het woord 'wilskracht' op. Onder wilskracht verstaat men dan dat iemand die zijn gedrag moet aanpassen voldoende innerlijke energie weet aan te boren om een doel te bereiken ondanks de verlokkingen van de buitenwereld.

Het motiveren van cliënten zou er dan vooral uit bestaan om die innerlijke energie te vergroten via zogenaamde autonomie-ondersteunende gesprekken (ook wel motivationeel interviewen genoemd). De gedragsverandering wordt daarbij gefaciliteerd door de patiënten bewust te maken van het belang van het doel, door hen ervan te overtuigen dat ze de competentie bezitten om dat doel te bereiken, en door hen te helpen om zelf plannen en afspraken te maken over het gezondheidsgedrag. Deze aanpak heeft zeker al zijn effectiviteit bewezen en het blijft dan ook belangrijk en relevant om professionals in die technieken te trainen.

In dit betoog wil ik duidelijk maken dat dit niet de enige optie is en dat een andere optie misschien zelfs meer prioriteit heeft.

## Externe verleidingen

Wat vaak vergeten wordt als één van de mogelijke aanvullende (en misschien zelfs eerst te implementeren) strategieën, betreft het reduceren, minimaliseren, en eventueel helemaal verwijderen van de externe verleidingen die het ongezond gedrag uitlokken. Eén van de empirisch sterkst onderbouwde wetmatigheden die de psychologie heeft blootgelegd, bestaat er immers uit dat wij onderschatten hoe sterk menselijk gedrag (dat van onszelf en zeker dat van anderen) wordt bepaald door de fysieke en sociale omgeving.

We leven in de illusie dat we met onze wilskracht tot meer in staat zijn dan daadwerkelijk het geval is. Dat klinkt op het eerste gezicht ontmoedigend, maar dit inzicht biedt ook grote kansen tot een efficiëntere gedragsverandering die ook blijft duren wanneer de wilskracht 'uitgeput' raakt. Het komt er dan op neer om die wilskracht doelbewust mee in de omgeving te integreren.

## Nudging

Zo maken overheden en organisaties sedert de publicatie in 2009 van het boek *Nudge* van Nobelprijswinnaar Cas Thaler, en Richard Sunstein meer en meer gebruik van (vaak subtiele) veranderingen in de omgeving om hun burgers naar gewenst gedrag te sturen (zie ook de Ridder en Tummels 2019). Belangrijk om van '*nudging*' (dat wil letterlijk zeggen: een duwtje in een bepaalde richting geven) te kunnen spreken is dat het ongewenste gedrag niet wordt verboden, en dat er geen financiële beloning aan het gedrag wordt gekoppeld. Het enige wat gebeurt, is dat het gewenste gedrag aantrekkelijker wordt gemaakt.

Een klassiek voorbeeld is de bekende sticker van een vlieg die in openbare manentoiletten wordt aangebracht in het urinoir om hen te 'verleiden' tot

het gewenste gedrag, namelijk op de vlieg (en dus in de pot plassen) en zo de toiletten proper houden. Deze nudgingstrategie bleek veel effectiever dan eerdere campagnes waarbij mannen bij binnenkomst werden bestookt met boodschappen dat ‘wildplassen’ tot extra kosten zou leiden.

Reclamemakers passen trouwens met succes nudging toe om mensen tot ongezond gedrag aan te sporen. Zo concludeerden Hallez e.a. (2020) onlangs dat kinderen zich in hun voedselconsumptie sterk laten leiden door visuele cues op de verpakkingen, in het bijzonder door de grootte van de afgebeelde portie op de verpakkingen. Omgekeerd kan je gezond eetgedrag uitlokken door ervoor te zorgen dat de omgevingscues de consumenten in de gezonde richting porren, bijvoorbeeld door een kleiner bord te gebruiken zodat de portie groter lijkt of door de gezonde opties te presenteren vóór de ongezonde alternatieven.

### **Nudging in de zorg?**

Als professional in de gezondheidszorg kan je in samenspraak met je cliënten zulke nudgingtechnieken ook op individueel eet-, beweeg-, slaap- en verslavingsgedrag toepassen. Analyseer daarvoor eerst samen met je cliënt in welke specifieke situaties het gezonde gedrag het ongezonde gedrag moet vervangen en pas waar mogelijk de omgeving aan zodat die aanzet tot het gezonde gedrag. Zo heb ik zelf mijn ondermaats fruitgebruik jaren geleden gevoelig weten op te krikken door mijn lievelingsfruit beschikbaar en zichtbaar te maken op strategische momenten. Ik plaatste bijvoorbeeld in de avond een kiwi op mijn ontbijtbord (en de chocopasta in de kast) zodat ik 's ochtends werd ‘genudged’ om de dag met een stuk fruit te beginnen. Ondertussen kan ik me geen dag zonder kiwi meer voorstellen, dankzij mijn ‘wilskracht’ om de kracht van de omgeving te willen gebruiken.

# Evidence-based e-healthtoepassingen op het gebied van leefstijl in de psychiatrie

L.E.M. KOOMEN, Y. ROKE, W. CAHN

**ACHTERGROND** Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben vaak langdurig psychische klachten, een lagere kwaliteit van leven en een slechtere lichamelijke gezondheid. Een gezonde leefstijl verbetert de psychische en lichamelijke gezondheid. E-health (digitale toepassingen in de zorg) zou mogelijk een rol kunnen spelen in het verbeteren van leefstijl in deze doelgroep.

**DOEL** Een overzicht geven van de evidence-based e-healthtoepassingen op het gebied van leefstijl in de psychiatrische populatie.

**METHODE** Narratieve rapid review.

**RESULTATEN** E-healthtoepassingen gericht op het verbeteren van leefstijl zijn volop in omloop, slechts een aantal zijn specifiek gericht op de psychiatrische populatie en ook daadwerkelijk onderzocht. Een groot deel van de gevonden studies betreft pilotstudies met geringe deelnemersaantallen.

**CONCLUSIE** Het ziet er naar uit dat e-health gebruikt kan worden als ondersteuning in de behandeling voor het verbeteren van leefstijlgewoonten van mensen met EPA, maar meer en uitgebreider onderzoek is nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 992-997

**KEY WORDS** e-health, ernstige psychiatrische aandoening, leefstijl



Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben ondanks behandeling volgens de huidige richtlijnen vaak langdurige psychiatrische klachten waardoor zij een lagere kwaliteit van leven hebben (van Hoof e.a. 2014; Donge e.a. 2019). Het verbeteren van leefstijlgewoonten kan psychiatrische klachten verminderen, het sociaal functioneren verbeteren en de kwaliteit van leven vergroten (Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019). Daarnaast heeft het een positief effect op de lichamelijke gezondheid (Teasdale e.a. 2017; Stubbs e.a. 2018; Czosnek e.a. 2019). In de praktijk blijkt het echter lastig om hier blijvend aandacht aan te schenken en om die leefstijlgewoonten te helpen verbeteren/veranderen (Vancampfort e.a. 2016). E-healthtoepassingen (digitale toepassingen in de zorg) zijn inmiddels wijd verspreid en zouden een ondersteunende rol kunnen hebben in het verbeteren van leefstijlgewoonten in de populatie met EPA. Wij geven een overzicht van de beschikbare e-health op het gebied van leefstijl in de psychiatrische populatie en evalueren of er evidentie voor is.

## METHODE

Dit onderzoek is een narratieve rapid review. We kozen ervoor om ons in dit artikel te focussen op de volgende leefstijlfactoren: bewegen, voeding, gewicht, slaap, roken, alcoholgebruik en ontspanning. We zochten in PubMed en in de Cochranedatabase met combinaties van de volgende zoektermen: 'ehealth, mobile health, mhealth en psychiatry, psychosis, depression, anxiety, schizophrenia, mental, bipolar, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress en healthy lifestyle, lifestyle, exercise, sport, physical, running, diet, sleep, insomnia, smoking cessation, quit smoking, addiction, meditation, mindfulness, relaxation'. Inclusiecriteria waren: e-healthapplicatie, psychiatrische doelgroep en een interventie gericht op verbeteren van leefstijl in de genoemde domeinen. Tevens werd in eigen kring gekeken naar lopende onderzoeken in Nederland op het gebied van e-health en leefstijl. Op 5 augustus 2020 werd voor het laatst in de databases gezocht.

## RESULTATEN

In totaal vonden we 1168 artikelen die gescreend werden op titel en samenvatting. 48 artikelen werden volledig gelezen. 19 artikelen waren geschikt (zie **FIGUUR 1**).

### Bewegen

Er werden twee studies gevonden naar de haalbaarheid en het effect van een web-based interventie gericht op het verbeteren van fysieke activiteit bij mensen met een depressie. In de studie van Lambert e.a. (2018) deden 28 deelnemers gedurende 8 weken mee aan een onlinecursus om hun dagelijkse routine te verbeteren en meer fysiek actief te zijn. Deze interventie was haalbaar voor deelnemers. Er werd een niet-significante verbetering in het aantal wekelijkse minuten fysieke activiteit t.o.v. de wachtlijstgroep gezien.

In een RCT van Haller e.a. (2018) kregen 14 deelnemers voor een periode van 8 weken wekelijks trainingsschema's en motivatiemails. Daarnaast konden zij elke twee weken meedoen met een groepstraining. De therapietrouw was groot: 84% van de oefeningen werd gedaan en er werd gemiddeld 75 minuten training per week meer gedaan in vergelijking met *treatment as usual*.

In het UMC Utrecht loopt momenteel de COFIT-20-pilotstudie. Hierin wordt onderzocht of het voor mensen met EPA haalbaar is om te sporten via een live-videobelverbinding. 20 deelnemers doen 2 keer per week mee aan fitness of pilates via een live-videobelverbinding in groepjes van 5 deelnemers. Zij krijgen feedback van een sportcoach. De resultaten worden eind van dit jaar verwacht.

Tevens wordt momenteel in het UMC Utrecht de Mūva-app, een app met een *serious game* (een game dat naast vermaak ook een ander doel nastreeft), ontwikkeld om mensen met EPA te motiveren om dagelijks meer te bewegen. De Mūva-app zal in 2021 onderdeel zijn van een beweegstudie.

### Voeding

Er werden geen artikelen gevonden over e-healthapplicaties die enkel gericht waren op het verbeteren van het eetpatroon van de psychiatrische doelgroep.

### Gewicht

De Fitbit, een *activity tracker*, werd in twee studies ingezet als onderdeel van een interventie met als doel gewichtsreductie bij mensen met EPA. De Fitbit Zip gecombineerd met sms-reminders werd in een explorerende studie met 34 deelnemers toegepast naast een psycho-educatiegroep over leefstijl voor een duur van 6 maanden (Naslund e.a. 2016). Er werd een associatie tussen dagelijkse stappen en gewichtsverlies gevonden. Elke 1000 stappen extra was geassocieerd met een gewichtsverlies van 0,8 kg. Er werd geen significante associatie gevonden tussen aantal stap-

## AUTEURS

**LISANNE KOOMEN**, arts in opleiding tot psychiater en promovendus, Universiteit Utrecht.

**YVETTE ROKE**, psychiater, expertisecentrum Emerhese, GGz Centraal, Amersfoort.

**WIEPKE CAHN**, hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, UMC Utrecht.

### CORRESPONDENTIEADRES

L.E.M. Koomen.

E-mail: l.e.m.koomen-2@umcutrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-10-2020.

pen en fitheid gemeten met de 6-minutenlooptest.

In een pilotstudie onderzochten Aschbrenner e.a. (2016) bij 32 deelnemers de effectiviteit van een leefstijlinterventie met wekelijkse groepseducatiesessies en optionele trainingssessies voor een duur van 24 weken. Ook deze interventie werd ondersteund met een Fitbit en daarnaast gecombineerd met peersupport via een besloten Facebook-groep. Tevens werd 2-3 keer per week een sms-reminder gestuurd. 72% van de deelnemers had gewichtsverlies (mediaan 3,5 kg) aan het einde van de interventieperiode.

### Slaap

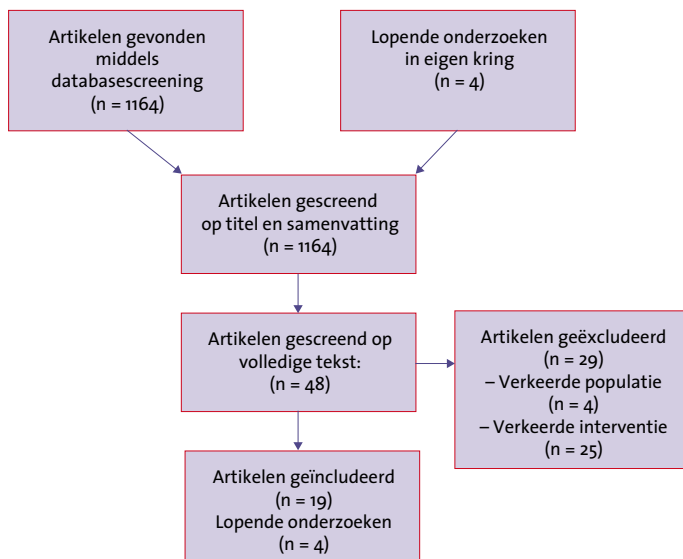
Voor het monitoren van slaapgewoonten en het verbeteren van de slaap wordt al veelvuldig gebruikgemaakt van e-healthtoepassingen. Zo zijn er verschillende apps die het slaappatroon monitoren middels geluid. De betrouwbaarheid hiervan is echter laag. Slaapmonitoring via actigrafie, zoals gebruikt in een Fitbit, is iets betrouwbaarder (Guilodo e.a. 2020). Ook voor mensen met EPA lijkt dit een gebruikersvriendelijke manier van slaap monitoren waarbij hoge therapietrouw werd gevonden (Meyer e.a. 2018; Aledavood e.a. 2019).

De behandeling van slaapproblemen middels online-insomnia-CGT (cognitieve gedragstherapie), waarbij in de meeste studies de deelnemers zelf het cursusmateriaal doorlopen, werd in een systematische review vergeleken met face-to-face-insomnia-CGT. Vergelijkbare effectiviteit werd gevonden. In de geïncludeerde studies had een wisselend percentage (10-100%) van de deelnemers psychiatrische comorbiditeit (Seyffert e.a. 2016).

### Middelenmisbruik algemeen

In een systematische review concludeerden Lin e.a. (2019) dat consulten via een live-videobelverbinding haalbaar en effectief waren voor de behandeling van verslaving aan

FIGUUR 1 Stroomschema artikelselectie



nicotine, alcohol en opioïden. Er werd echter geen vergelijking gemaakt met face-to-facebehandeling (Lin e.a. 2019).

### Alcohol

In een systematische review van systematische reviews vonden Sundström e.a. (2017) dat computer- of internet-based interventies effectief zijn in het verlagen van alcoholgebruik, maar het effect was klein (verminderde alcoholconsumptie van 2 eenheden per week en vermindering van 16,7g ethanol). In een deel van de geïncludeerde studies gebruikte men e-health als ondersteuning in de behandeling, in een ander deel van de studies onderzocht men e-health als primaire behandeling. De resultaten lieten geen conclusie toe over de meerwaarde van face-to-facecontact in combinatie met e-health: enkele onderzoekers vonden wel een beter effect met face-to-facecontact, anderen niet (Sundström e.a. 2017).

### Roken

Apps worden veelvuldig ingezet als ondersteuning in de behandeling van stoppen met roken. Ferron e.a. (2017) onderzochten 100 stoppen-met-rokenapps om te evalueren hoe het gebruikersgemak is voor mensen met een psychose. Zij adviseerden dat in de meeste apps het ontwerp eenvoudiger zou moeten zodat gebruikers makkelijker door de app kunnen navigeren.

In een pilotstudie die 6 weken duurde onder patiënten (n = 17) met een depressie die roken, vond men dat een app, met een *serious game* en componenten als psycho-educatie, dagplanning, notificaties en uitkomstmonitoring, haalbaar en effectief was (Heffner e.a. 2019).

In een andere kleine pilotstudie (n = 13), waarin deelnemers met schizofrenie werden geïncludeerd, werd gebruikgemaakt van verschillende e-healthcomponenten. Naast 5 sessies groep-cgt en behandeling met bupropion werd een app gebruikt met psycho-educatie over roken en tips wat te doen als je last hebt van craving en motiverende notificaties. Tevens testten deelnemers hun adem op koolstofmonoxide via een app en kregen zij een geldbedrag na 6 weken voor het aantal dagen dat zij niet hadden gerookt. Na 6 weken waren 5 deelnemers gestopt met roken (Wilson e.a. 2019).

### Ontspanning

In een haalbaarheidsstudie onder 12 patiënten met een psychosespectrumstoornis op een acute opnameafdeling concludeerden Mistler e.a. (2017) dat de app Headspace, een commerciële meditatieapp, gebruiksvriendelijk is en patiënten kan helpen ontspannen.

Psymate (Myin-Germeys e.a. 2009) is een app die helpt met patroonherkenning en het opsporen van acute stress.

De apps SAM (*stress autism mate*) en STAPP (stresssignaleringsapplicatie) van GGz Centraal zijn gepersonaliseerde apps die helpen met patroonherkenning en het zichtbaar maken van de stress in het dagelijks leven. Een herhaalde n=1-studie met de app SAM liet zien dat de kwaliteit van leven hierdoor ook 2 maanden na gebruik nog verbeterd was (artikel nog in review). Zowel SAM als STAPP zal naar verwachting in 2021 beschikbaar zijn.

### Meerdere leefstijldomeinen

In de pragmatische 12 maanden durende LION-trial van Looijmans e.a. (2019) met 244 deelnemers werd een web-

based tool, de voorloper van de GILL-applicatie (Stichting GILL; Gezond in Lichaam en Leefstijl; <https://stichtinggill.nl>), gebruikt om huidige leefstijlgewoonten van patiënten met EPA in kaart te brengen en doelen te stellen gericht op het verbeteren van deze gewoonten. Deze tool ondersteunde bij het adresseren van de huidige leefstijlgewoonten, maar verbeterde de cardiometabole gezondheid (gebaseerd op de z-score voor metabool syndroom) niet. De GILL-applicatie wordt momenteel in verschillende centra in Nederland gebruikt voor de inventarisatie van leefstijlgewoonten en het stellen van leefstijldoelen.

Voor patiënten met een bipolaire stoornis bestaan verschillende e-healthapplicaties zoals apps en websites om het zelfmanagement te verbeteren. Een deel van deze applicaties richt zich ook op gezonde leefstijlgewoonten. De effectiviteit bij het verbeteren van leefstijlgewoonten is niet onderzocht (Karasouli & Adams 2014; Eiring e.a. 2017).

## DISCUSSIE

E-healthtoepassingen gericht op het verbeteren van leefstijl zijn volop in omloop, slechts een klein aantal is specifiek gericht op de psychiatrische populatie en ook daadwerkelijk onderzocht. Een groot deel van de gevonden studies betreft pilotstudies met geringe deelnemersaantallen. Voor het monitoren en verbeteren van slaap en de behandeling van roken en alcoholgebruik is er wel evidentie vanuit systematische reviews dat e-healthtoepassingen van meerwaarde kunnen zijn. De meeste e-healthtoepassingen worden gebruikt als ondersteuning in de behandeling.

Op basis van de gevonden literatuur ziet het er naar uit dat e-health gebruikt kan worden als ondersteuning in de behandeling gericht op het verbeteren van leefstijlgewoonten. Of het als stand-alone kan worden ingezet is niet wetenschappelijk onderzocht in de doelgroep met EPA. In systematische reviews (Rose e.a. 2017; Mandracchia e.a. 2019) onder adolescenten en volwassenen met obesitas vond men voorzichtige aanwijzingen dat e-health op zichzelf (stand-alone) effectief is op korte termijn in het verbeteren van leefstijlgewoonten. Het is daarbij van belang om deze toepassingen echt onderdeel te maken van de behandeling en bijvoorbeeld ook het gebruik van een bepaalde app te bespreken tijdens een consult. Een voorbeeld hiervan is de GILL-applicatie die in de dagelijkse praktijk gebruikt kan worden voor het inventariseren van leefstijlgewoonten van de patiënt.

Of e-health, ontworpen voor de algemene populatie, te gebruiken is voor de psychiatrische populatie blijft onduidelijk. De commerciële app Headspace bleek gebruikersvriendelijk genoeg (Mistler e.a. 2017), veel stoppen-met-rokenapps zouden eenvoudiger gemaakt moeten worden

om in de psychiatrische populatie gebruikt te worden (Ferron e.a. 2017). Of dit ook geldt voor andere commerciële apps is niet onderzocht.

## Belemmerende en bevorderende factoren

Er zijn verschillende belemmerende factoren om e-healthoplossingen te gebruiken voor leefstijlinterventies (Cowan e.a. 2019). Deze belemmeringen kunnen gebruiker-, behandelaar- of organisatiegebonden zijn.

De gebruikers moeten in het bezit zijn van en kunnen omgaan met een smartphone. Daarnaast moeten ze de opdrachten op de smartphone kunnen lezen, begrijpen en de taal van de app machtig zijn. Voor het blijvend gebruiken of gaan gebruiken van een app is de privacywaarborging van de app van belang alsmede de mate van de personaliseerbaarheid van de e-healthtoepassing (Cowan e.a. 2019).

Voor behandelaars is het van belang dat ze beschikken over affiniteit met en kennis over e-health. Het kan een belemmering zijn als e-health niet in contact staat met de digitale omgeving van de organisatie of als de organisatie het gebruik van e-health niet stimuleert of als deze niet gekoppeld is aan de persoonlijke gezondheidsomgeving van de gebruiker (Hirschrift 2018).

Voor behandelaars en gebruikers kan het lastig zijn om uit alle beschikbare apps te kiezen. Als er gekozen wordt voor e-health, dan kan dat voor zowel de gebruiker als de behandelaar winst opleveren. Met het gebruik van e-health komt er meer flexibiliteit in de behandeling en kan de gebruiker zelf kiezen wanneer hij of zij een oefening doet. Tevens kan de gebruiker reminders krijgen, wat de (therapie)trouw bevordert. De snelheid van de behandeling is daarmee meer een keuze van de gebruiker geworden.

Voor de behandelaar is het ook prettig dat er sprake is van *blended care*, een deel op afstand en een deel face-to-face. Dat de gebruiker zelf aan de slag gaat, naast de contacten in de behandelkamer, maakt ook dat de gebruiker meer betrokken is bij de behandeling, meer regie ervaart en daardoor meer zelf de regie krijgt. Met behandeling op afstand kan de omgeving van de gebruiker ook makkelijker door de gebruiker betrokken worden bij zijn of haar behandeling (Chan e.a. 2017).

## Sterke punten en beperkingen

Het sterke punt van deze studie is dat we een overzicht geven van de huidige stand van zaken wat betreft het gebruik van evidence-based e-health gericht op het verbeteren van leefstijl in de psychiatrische populatie. De beperkingen zijn dat dit een narratieve rapid review is en geen systematische review, dus niet alle databases zijn onderzocht. Tevens noemen we een aantal studies waarbij we zelf als auteurs betrokken zijn.

## Tips

Wilt u nu al aan de slag gaan met e-health in de praktijk? De Fitbit zou gebruikt kunnen worden voor het monitoren van slaap. De app Headspace om patiënten meditatieoefeningen te laten doen en de app Psymate is te gebruiken voor patroonherkenning en het opsporen van acute stress.

## BESLUIT

Het ziet er naar uit dat e-health gebruikt kan worden als ondersteuning in de behandeling voor het verbeteren van leefstijlgewoonten van mensen met EPA, maar meer en uitgebreider onderzoek is nodig.

## LITERATUUR

- Aledavood T, Torous J, Triana Hoyos AM, Naslund JA, Onnela JP, Keshavan M. Smartphone-based tracking of sleep in depression, anxiety, and psychotic disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21(7): 49.
- Aschbrenner KA, Naslund JA, Shevenell M, Kinney E, Bartels SJ. A pilot study of a peer-group lifestyle intervention enhanced with mhealth technology and social media for adults with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 483-6.
- Chan S, Godwin H, Gonzalez A, Yellowlees PM, Hilty DM. Review of use and integration of mobile apps into psychiatric treatments. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19(12): 96.
- Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to use of telepsychiatry: clinicians as gatekeepers. *Mayo Clin Proc* 2019; 94: 2510-23.
- Czosnek L, Lederman O, Cormie P, Zopf E, Stubbs B, Rosenbaum S. Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review to inform translation efforts. *Ment Health Phys Act* 2019; 16: 140-51.
- Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang YS, Ng CH, Ungvari GS, e.a. Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. *Psychiatr Q* 2019; 90: 519-32.
- Eiring O, Nytroen K, Kienlin S, Khodambashi S, Nylenna M. The development and feasibility of a personal health-optimization system for people with bipolar disorder. *BMC Med Inform Decis Mak* 2017; 17: 102.
- Ferron JC, Brunette MF, Geiger P, Marsch LA, Adachi-Mejia AM, Bartels SJ. Mobile phone apps for smoking cessation: quality and usability among smokers with psychosis. *JMIR Human Factors* 2017; 4(1): e7.
- Guillolo E, Lemey C, Simonnet M, Walter M, Baca-García E, Masetti V, e.a. Clinical applications of mobile health wearable-based sleep monitoring: Systematic review. *JMIR MHealth UHealth* 2020; 8(4): 1-10.
- Haller N, Lorenz S, Pfirrmann D, Koch C, Lieb K, Dettweiler U, e.a. Individualized web-based exercise for the treatment of depression: Randomized controlled trial. *JMIR Ment Health* 2018; 5: e10698.
- Heffner JL, Watson NL, Serfozo E, Mull KE, MacPherson L, Gasser M, e.a. A behavioral activation mobile health app for smokers with depression: Development and pilot evaluation in a single-arm trial. *JMIR* 2019; 21: e13728.
- Hirschtritt MEM. Digital technologies in psychiatry: present and future. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2018; 16: 251-8.
- Hoof F van, Erp N van, Boumans J, Muusse C. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. *Serie Trendrapportage ggz. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.*
- Karasouli E, Adams A. Assessing the evidence for e-resources for mental health self-management: a systematic literature review. *JMIR Ment Health* 2014; 1(1): e3.
- Lambert JD, Greaves CJ, Farrand P, Price L, Haase AM, Taylor AH. Web-based intervention using behavioral activation and physical activity for adults with depression (the emotion study): Pilot randomized controlled trial. *JMIR* 2018; 20: 1-15.
- Lin L, Casteel D, Shigekawa E, Weyrich MS, Roby DH, McMenamin SB. Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2019; 101: 38-49.
- Looijmans A, Jorg F, Bruggeman R, Schoevers RA, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: Results of a cluster randomized controlled trial (LION). *BMC Psychiatry* 2019; 19: 339.
- Mandracchia F, Llauredó E, Tarro L, Del Bas JM, Valls RM, Pedret A, e.a. Potential use of mobile phone applications for self-monitoring and increasing daily fruit and vegetable consumption: A systematized review. *Nutrients* 2019; 11: 686.
- Meyer N, Kerz M, Folarin A, Joyce DW, Jackson R, Karr C, e.a. Capturing rest-activity profiles in schizophrenia using wearable and mobile technologies: Development, implementation, feasibility, and acceptability of a remote monitoring platform. *JMIR MHealth UHealth* 2018; 6: e188.
- Mistler LA, Ben-Zeev D, Carpenter-Song E, Brunette MF, Friedman MJ. Mobile mindfulness intervention on an acute psychiatric unit: feasibility and acceptability study. *JMIR Ment Health* 2017; 4: e34.
- Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespaul P, Van Os J. Experience sampling research in psychopathology: Opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009; 39: 1533-47.
- Naslund JA, Aschbrenner KA, Scherer EA, McHugo GJ, Marsch LA, Bartels SJ. Wearable devices and mobile technologies for supporting behavioral weight loss among people with serious mental illness. *Psychiatry Res* 2016; 244: 139-44.



- Rose T, Barker M, Maria Jacob C, Morrison L, Lawrence W, Strömmer, e.a. A systematic review of digital interventions for improving the diet and physical activity behaviors of adolescents. *J Adolesc Health* 2017; 61: 669-77.
- Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J, Chopra V, Pfeiffer PN, Conte ML, e.a. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2016; 11: e0149139.
- Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi, e.a. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018; 54: 124-44.
- Sundström C, Blankers M, Khadjesari Z. Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews. *Int J Behav Med* 2017; 24: 646-58.
- Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 110-8.
- Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch FB, Ward PB, Probst M, Stubbs B. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 39: 15-23.
- Wilson SM, Thompson AC, Currence ED, Thomas SP, Dedert EA, Kirby AC, e.a. Patient-informed treatment development of behavioral smoking cessation for people with schizophrenia. *Behav Ther* 2019; 50: 395-409.

## SUMMARY

# Evidence based eHealth applications targeting improvement of lifestyle habits of people with severe mental illness

L.E.M. KOOMEN, Y. ROKE, W. CAHN

**BACKGROUND** People with severe mental illness (SMI) often suffer from long lasting psychiatric symptoms, have a lower quality of life and a worse physical condition compared to the general population. Healthy lifestyle habits improve mental and physical health. EHealth (digital applications in healthcare) could play a role in the improvement of lifestyle habits in this population.

**AIM** To provide an overview of evidence based eHealth applications targeting improvement of lifestyle habits of people with SMI.

**METHOD** We performed a narrative rapid review.

**RESULTS** There are many eHealth applications targeting improvement of lifestyle habits, but few are specifically targeting the psychiatric population and evidence based. Most studies concerned small pilot studies.

**CONCLUSION** EHealth applications might be used as a support in the guidance and treatment of unhealthy lifestyle habits in people with SMI, however more research is needed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)11, 992-997

**KEY WORDS** eHealth, healthy lifestyle, severe mental illness

# De politiek-beleidsmatige visie op leefstijl van staatssecretaris Blokhuis: 'Practice what you preach'

M. HEIMENSEN, R.J.T. MOCKING



## AUTEURS

**MARIANNE HEIMENSEN:** tekst.

**ROEL MOCKING:** interview.

## CORRESPONDENTIEADRES

Roel Mocking.

E-mail: r.j.mocking@amc.uva.nl

*'Het is niets te veel gevraagd dat de overheid helpt om de gezonde keuze makkelijker te maken.'*



Beeld: Ministerie van VWS.

Verse groente en veel fruit, voldoende stappen op zijn stappenteller en niet roken: Paul Blokhuis is tevreden over zijn eigen leefstijl. Ook al heeft hij zo zijn *guilty pleasures*: gezouten nootjes en een biertje, maar wel met mate. Als staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is hij bewust bezig met een gezonde leefstijl: 'Practice what you preach'. Met zowel de ggz als leefstijl in zijn portefeuille, is zijn drijfveer dat iedereen mee moet kunnen doen, ook de mensen die psychiaters dagelijks in hun spreekkamer zien.

Aan de hand van vragen van de auteurs uit dit themanummer ging gastredactielid Roel Mocking in gesprek met Paul Blokhuis, over zijn wereld waarin hij dagelijks een vertaalslag maakt van wetenschappelijke kennis naar politiek beleid.

## Inleving

*Gezond leven is niet altijd makkelijk. In hoeverre lukt het u om u in te leven in de mensen die hier minder makkelijk controle over krijgen?*

'Empathie tonen is een belangrijke eigenschap voor een bestuurder. Denk na over hoe dingen kunnen overkomen en hoe een boodschap binnenkomt bij iemand, bijvoorbeeld als het gaat over minder roken. Ik realiseer me dat er voor sommige leefstijlveranderingen heel veel nodig is. En dat je dit dan ook vaak niet alleen kan doen. Het is te makkelijk om te zeggen 'gast, stop nou met roken'. Ik ga uit van compassie: stop roken en niet de rokers. Dat is echt een verschil. Je moet nooit iemand veroordelen. Ik realiseer mij: roken is een verslaving en daar is empathie én behandeling voor nodig. Je moet deze mensen helpen, ongeacht in welk inkomensniveau ze zitten.'

Dit komt dan ook tot uiting in het Nationaal Preventieakkoord. Volgens Blokhuis moet het preventieakkoord 'de goede keus makkelijker maken' en moet de overheid 'alles in het werk stellen om die moeilijke keus naar een gezonde leefstijl makkelijker te faciliteren.'

*Stoppen-met-rokencursussen vallen in het basispakket, maar specialistische klinische verslavingszorg om roken te behandelen nog niet, hoe ziet u dat?*

'Dat klopt, en daar is ook een motie over ingediend in de Tweede Kamer. Het manco daarbij is dat er nog geen evidence-based klinische behandeling is. Professionals zijn daar nu mee bezig en dat steunen wij van harte. Voor het gros van de maatregelen in het preventieakkoord geldt ook dat we stappen willen zetten die aantoonbaar bijdragen. Als dat is aangetoond, wil ik graag mijn nek ervoor uitsteken om het onderdeel van het zorgaanbod te maken.'

Over de vertaling van wetenschappelijke kennis naar beleid is Blokhuis duidelijk: hij draagt initiatieven om dit te bevorderen een warm hart toe: 'Ik vind het belangrijk dat jullie hier aandacht aan besteden. Wij nemen wetenschappelijke onderbouwing heel serieus. Beleid wordt hier zoveel mogelijk gestoeld

op wetenschappelijke adviezen en rapporten. Dat is het vertrekpunt.'

### Verantwoordelijkheid: overheid of burger?

De balans tussen de verantwoordelijkheid van het individu en het ingrijpen van de overheid is ook bij leefstijl een ingewikkeld punt. 'Leefstijl is primair je eigen verantwoordelijkheid', stelt Blokhuis. De vraag blijft natuurlijk in hoeverre de verantwoordelijkheid aan het individu kan worden gelaten om leefstijlkeuzes te maken of dat dit vanuit maatschappelijke organisaties of de overheid moet worden bevorderd.

'Het is een precair evenwicht. Mensen zijn in de basis verantwoordelijk voor hoe ze leven. De werkelijkheid leert echter ook wel dat maatschappelijk beleid en aanbod een belangrijke invloed kunnen hebben op het ontstaan van een ongezonde leefstijl. Het is niets te veel gevraagd dat de overheid helpt om de gezonde keuze makkelijker te maken. Maar het is ook belangrijk dat men niet gelijk naar de overheid kijkt. Ik vind het ook belangrijk en mooi om te zien als maatschappelijke organisaties het onderwerp zelf, uit principe, oppakken.' Juist in de zorgsector, die hij heeft leren kennen als eigenwijs, ook de ggz. Een mooi voorbeeld vindt Blokhuis daarom de rookvrije ggz. In die zin is het een parallel proces, zorgprofessionals proberen cliënten te motiveren om hun leefstijl te verbeteren, de politiek probeert de zorgprofessionals te motiveren om leefstijl zelf op de agenda te zetten.

### Psychiater is geen leefstijldeskundige

De staatssecretaris is zich ervan bewust dat dit ook gevolgen heeft voor de dagelijkse praktijk van behandelaars. Hij is hier realistisch over: 'We verwachten niet dat een psychiater ineens leefstijldeskundige wordt. Ik vind dat het dan logisch is dat behandelaars empathisch het gesprek aan durven te gaan over leefstijl, wat soms nog een taboe kon zijn. Ik vind het alleen niet logisch om dan te verwachten dat diezelfde behandelaar de juiste evidence-based interventie daarvoor moet gaan geven. Het gaat dan om de samenwerking waarbij een behandelaar zoiets bespreekt en dan kan verwijzen naar een expert die met de vraag aan de slag kan. Op die manier doet iedereen waar hij/zij goed in is. En dan mogen jullie als behandelaars vervolgens wel naar de overheid kijken. Dat wij zorgen dat zo'n passende leefstijlbehandeling wel gefaciliteerd wordt.

Daarom ben ik ook volle bak bezig om leefstijlaanpak steeds meer in het systeem te pluggen. Denk ook aan de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Dat vind ik ook het mooie van het huidige hoofdlijnakkoord in de ggz: dat is niet alleen iets van het medische domein, maar ook het sociale domein, de gemeente, die ondersteuning biedt waar dat nodig is. Die werelden moeten meer met elkaar verbonden worden.'

Blokhuis is ervan overtuigd dat men in de psychiatrie moet kijken naar de mens als geheel, en niet als een optelsom van problemen. 'Als er naar de totale context wordt gekeken, zijn er denk ik veel meer herstel mogelijkheden.' Die overtuiging wint gelukkig steeds meer terrein in de ggz.

### Veel moois

*Vraagt u zich wel eens af: doe ik genoeg?*


'Ik vind dat elke bestuurder als uitgangspunt moet hebben dat hij of zij dienend is en dat moet ook je houding bepalen: ik wil heel graag wat voor jullie doen. Mijn drijfveer is dat iedereen moet kunnen meedoen, en daarmee leg je

---

*'Als er naar de totale context wordt gekeken, zijn er denk ik veel meer herstel mogelijkheden.'*

---

de lat hoog. Ik draai aan knoppen die ertoe doen; dat is een voorrecht, maar ook een verantwoordelijkheid. Ik doe nooit genoeg, maar ik doe wel wat ik kan. En ik heb nog wel een hele agenda. Er moet nog veel gebeuren, maar ik prijs me gelukkig dat we al wel stappen de goede kant op zetten. Met het preventieakkoord, met zo'n breed draagvlak stappen zetten op zoveel verschillende domeinen: drinken, roken, overgewicht, gecombineerde leefstijlinterventie, etc. Ik ben ervan overtuigd dat alles wat we nu in gang zetten nog maar het begin is van heel veel moois wat nog kan gaan komen.'

 Wilt u meer weten over wat staatssecretaris Paul Blokhuis heeft te zeggen over bijvoorbeeld een suikertax en stoppen met roken? Luister de podcast met het gehele gesprek, dat ongeveer een half uur duurt (te vinden op de site van het Tijdschrift).

# Mens sana in corpore sano: voeding als hoofdzaak

M. SOETERS



## LITERATUUR

- Kok L, Scholte R, Koopmans C. Ondervoeding onderschat. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek; 2014.
- Kruijzenga H, van Keeken S, Weijts P, Bastiaanse L, Beijer S, Huisman-de Waal G, e.a. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103: 1026-32.
- Oenema A, de Ruiter D, Vingerhoets C, van der Wurff D, Bos M, Nicolaou M, e.a. Voeding bij psychische aandoeningen gedurende de levensloop; een overzicht van de evidentie. *Tijdschr Psychiatr* 2020; 62: 927-35.

## AUTEUR

**MAARTEN SOETERS**, endocrinoloog, afd. Endocrinologie, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam.  
E-mail: m.r.soeters@amsterdamumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-10-2020.

Het besef dat voeding bijdraagt aan een betere gezondheid is zo oud als Methusalem. Hippocrates zag in de 4de eeuw voor Christus dit belang in en droeg dit ook uit. Gelukkig wordt voeding steeds meer gezien als een voorwaarde voor goede gezondheid in diverse media en de medische literatuur.

## Problemen met voeding

Deze groeiende aandacht is terecht, want de kosten van ondervoeding in de gezondheidszorg zijn enorm. Alleen al voor Nederlandse ziekenhuizen gaat het om 1,1 miljard euro op jaarbasis (Kok e.a. 2014). Ondervoeding leidt in dit geval tot langere ligduur, heropnames en complicaties (Kruijzenga e.a. 2016). De patiëntengroep die hier het kwetsbaarst voor is, zijn de ouderen; dus zijn de getallen van ondervoeding in de geriatrie en de interne geneeskunde het grootst. Het mag u misschien verbazen (of niet), maar de getallen van ondervoeding zijn in de psychiatrie minstens zo hoog.

Daarnaast vormen overvoeding en obesitas óók belangrijke problemen in het ziekenhuis. Natuurlijk zijn er verschillende oorzaken voor en verschillende gevolgen van onvoldoende of ongezonde voeding bij 'interne' en 'psychiatrische' patiënten. Ze zijn dus niet over één kam te scheren, maar voeding zou een belangrijk onderdeel van elke behandeling moeten zijn.

## Voeding in de psychiatrie

Kennis over voeding in de psychiatrie is relatief nieuw. Er is een relatie tussen ongezonde voedingspatronen en depressie, en omega 3-vetzuren lijken gunstig te zijn voor depressie en kinderen met ADHD, zoals Oenema e.a. (2020) elders in dit nummer beschrijven. Voor angst- en psychotische stoornissen zijn de conclusies nog niet eensluidend. Het zou echter logisch zijn om te veronderstellen dat dit ook hiervoor geldt. Daar komt bij dat het voedingsveld zich in de psychiatrie vermengt met leefstijlfactoren zoals beweging, verslaving en slaap. In diverse initiatieven in Nederland probeert men te komen tot een meer integratieve benadering voor psychische aandoeningen.

## Zorg op het Bord

Zorg op het Bord is een voorbeeld van een voedingsprogramma zoals dat in een algemeen ziekenhuis geïmplementeerd kan worden (Amsterdam UMC; [www.zorgophetbord.nl](http://www.zorgophetbord.nl)). Gestart is met het formuleren van de missie om door voeding het welzijn van patiënten te verbeteren - zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Dit doen we door ons te richten op zorg, onderwijs en onderzoek op het gebied van voeding.

Dit klinkt mooi, maar is in de praktijk niet eenvoudig uit te voeren. Het is nodig dat verschillende disciplines samenwerken zoals het facilitair bedrijf, verpleegkundigen, diëtisten, voedingsassistenten, artsen, voorlichters, diverse leveranciers en waar mogelijk de patiënt zelf. Het bundelen van krachten is het belangrijkste als het gaat om een succesvol voedingsconcept.

Aan de andere kant van het bord is er een grote verscheidenheid aan patiënten met individuele voedingsbehoeften, gewoonten, afkomst en voorkeuren.

Als gevolg van al deze verschillende factoren is een goede aansturing bij een programma als Zorg op het Bord voorwaarde om het te laten slagen. Daarom is er een duidelijke programmastructuur waarin stuurgroepen, kerngroepen en werkgroepen het programma richting blijven geven en kwaliteit blijven borgen.

Enquêtes onder onze patiënten tonen dat dit heeft geleid tot een toegenomen patiëntentevredenheid en -waardering, maar er resten uitdagingen. Individuele patiënten kunnen niet tevreden zijn over smaak of portiegrootte. Voeding is bederfelijk en verduurzaming vraagt om afvalreductie. Maar de grootste uitdaging was afgelopen jaar misschien nog wel COVID-19, omdat dit extreem veel vroeg van de gehele organisatie.

Zoals gesteld, is voeding ook voor patiënten in de psychiatrie belangrijk: een hoofdzaak en geen bijzaak. En omdat de nuances en details van optimale voeding voor patiënten in de psychiatrie verschillen van patiënten die zijn opgenomen in het beddenhuis, is ook het voedingsconcept op deze locaties verschillend. De nadruk op de afdeling Psychiatrie ligt bijvoorbeeld veel meer op optimale gezonde voeding en niet op energie- en eiwitrijke maaltijden. Het gezamenlijk eten is een pre. Daarnaast zijn er initiatieven om geregeld vette vis aan te bieden om daarvoor het wetenschappelijk bewijs ook daadwerkelijk op het bord te krijgen.

### **Besluit**

Zorg voor voeding vergt continue aandacht. Met een programma als Zorg op het Bord geven we voeding een centrale rol in zorg, onderwijs en onderzoek. In de komende jaren hopen we voeding een integraal onderdeel van onze zorg te maken, ook in de psychiatrie. En hoewel de Romeinse dichter Juvenalis een breder publiek voor ogen had toen hij de *Satiren* schreef, is het wel treffend om hem te citeren: 'mens sana in corpore sano'. Ook voor de psychiatrie.